

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

ESSAI PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN SCIENCES INFIRMIÈRES

PAR
SANDRA GALVIN

LES COMPORTEMENTS SEXUELS À RISQUE ET LES ACTIVITÉS DE
PRÉVENTION CLINIQUE CHEZ LA JEUNE FEMME

AOÛT 2015

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

MAÎTRISE EN SCIENCES INFIRMIÈRES MENANT AUX ÉTUDES
SPÉCIALISÉES EN SOINS DE PREMIÈRE LIGNE

PROGRAMME OFFERT PAR L'UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

LES COMPORTEMENTS SEXUELS À RISQUE ET LES ACTIVITÉS DE
PRÉVENTION CLINIQUE CHEZ LA JEUNE FEMME

PAR
SANDRA GALVIN

Annie Turcotte, directrice d'essai

Université de Sherbrooke

Stéphanie Charest, codirectrice d'essai

Université de Sherbrooke

Mylène Désorcy, évaluatrice externe

Université de Sherbrooke

Essai accepté le 14 août 2015

© Sandra Galvin, 2015

Sommaire

L'essai de la maîtrise en sciences infirmières, menant au programme de formation des infirmières praticiennes en soins de première ligne [IPSPL], témoigne de leur rôle hybride. Celles-ci font appel à leur jugement clinique, à l'approche réflexive et aux données probantes relevant des sciences médicales et infirmières. Cet essai porte sur les jeunes femmes adoptant des comportements sexuels à risque, ainsi que sur les conséquences qui peuvent en découler, dans le cadre d'activités de prévention clinique. La première partie de l'essai traite d'une situation clinique fictive, qui sera explorée afin de décrire le client-famille, le déroulement de la rencontre dans le cadre de l'examen médical périodique [EMP] chez une clientèle adolescente, l'élaboration des hypothèses diagnostiques, les éléments du système familial et l'élaboration des hypothèses familiales systémiques. La recension des écrits décrira les concepts liés aux comportements sexuels à risque et les infections associées, tel que soulevé par les multiples hypothèses. Enfin, un regard critique sera porté sur la collaboration interprofessionnelle, les aspects légaux et les dimensions éthiques. La seconde partie de l'essai décrit une situation clinique réelle dans le cadre du stage en soins de première ligne en pratique infirmière avancée [PIA]. Cette situation sera comparée à la situation clinique fictive de la première partie de l'essai. Un complément de recension des écrits explorera les notions sur le cancer du col utérin et les activités de prévention clinique chez les adultes. La démarche clinique réalisée en temps réel et la rédaction de la note au dossier intégreront les aspects infirmiers et médicaux ainsi que les considérations

familiales. Une réflexion critique permettra de relever les forces tout en proposant des améliorations et des alternatives aux interventions effectuées. Un résumé des savoirs mobilisés sera présenté et permettra un retour sur les aspects légaux, éthiques et collaboratifs. Finalement, l'essai se conclura avec les apports de la PIA et des IPSPL à cette situation de soins.

Mots-clés : comportements sexuels à risque, ITSS/ITS, cancer cervical/du col de l'utérus, activités de prévention clinique, EMP, jeunes femmes, adolescentes, IPSPL.

Table des matières

Sommaire	iii
Liste des tableaux	viii
Liste des figures	ix
Liste des acronymes	x
Partie I.....	1
Introduction	2
Problématique	3
Description du client/famille et mise en contexte	3
Description du déroulement de l'examen médical périodique.....	4
Hypothèses diagnostiques	10
Description des éléments du système familial et hypothèses familiales systémiques	18
Recension des écrits	26
Établir le diagnostic d'une ITS	26
Traiter et intervenir	32
Interventions spécifiques à l'hypothèse familiale systémique retenue	39
Collaboration interprofessionnelle, dimensions éthiques et aspects légaux	45
Collaboration interprofessionnelle	45
Dimensions éthiques	46
Aspects légaux	48
Conclusion.....	51
Partie II.....	52
Introduction	53
Description de la situation clinique réelle et comparaison avec la situation fictive.....	54
Complément de recension des écrits	58
Cancer du col utérin	58
Activités de prévention clinique chez les adultes	68
Démarche clinique réalisée en contexte réel.....	72
Préparation	73
Initiation de l'entrevue	74

Déroulement de l'entrevue.....	75
Conclusion de l'entrevue	79
Rédaction de la note au dossier.....	80
Continuité des soins	82
Regard critique	84
Forces	84
Améliorations souhaitées	88
Pertinence des savoirs mobilisés.....	90
Alternatives aux savoirs mobilisés.....	93
Conclusion et ouverture vers l'avenir	95
Références	98
Appendice A.....	109
Appendice B.....	111
Appendice C.....	113
Appendice D.....	115
Appendice E.....	118
Appendice F	121
Appendice G.....	124
Appendice H.....	128
Appendice I	133
Appendice J.....	135
Appendice K.....	139
Appendice L	142

Liste des tableaux

Tableau

1 Interventions recommandées ou suggérées lors d'un examen préventif chez un adolescent.....	114
2 Facteurs de risque des vaginites.....	116
3 Facteurs de risque des ITSS.....	117
4 Causes de sécrétions vaginales et de prurit vaginal chez les femmes en âge de procréer.....	119
5 Types de vaginites les plus fréquentes.....	122
6 Causes, signes et symptômes de vaginites.....	123
7 Approche syndromique pour le diagnostic et la prise en charge des ITS.....	129
8 Comparaison entre les situations cliniques fictives et réelle.....	56
9 Recommandations issues de revues systématiques pour le suivi des lésions cytologiques.....	140
10 Recommandations pour le suivi des ASC-US selon l'INSPQ.....	141
11 Interprétation des résultats cytologiques et suivi des anomalies.....	67

Liste des figures

Figure

1	Questionnaire psychosocial HEADSS.	110
2	Profils de comportements à risque chez les adolescents.	112
3	Pattern de communication circulaire de l'hypothèse familiale systématique alternative avec Mme Lévy, sa mère et l'IPSPL.	125
4	Pattern de communication circulaire de l'hypothèse familiale systématique retenue avec Mme Lévy et son partenaire sexuel.	126
5	Pattern de communication circulaire de l'hypothèse familiale systématique avec Mme Lévy et son père.	127
6	Algorithme de la prise en charge syndromique des pertes vaginales de l'Organisation mondiale de la santé.	132
7	Questions à poser lors de l'anamnèse entourant l'HMA pour déterminer les facteurs de risque d'ITSS.	134
8	Traitement recommandé de la gonorrhée.	136
9	Traitement recommandé de la cervicite mucopurulente.	137
10	Traitement recommandé de la chlamydia et de la gonorrhée.	138
11	Activités de prévention clinique.	143
12	Génogramme.	78
13	Rédaction de la note au dossier.	80

Liste des acronymes

AGC	Cellules glandulaires atypiques
AIIC	Association des infirmières et infirmiers du Canada
AIP	Atteinte inflammatoire pelvienne
AMOM	Association des médecins omnipraticiens de Montréal
ASC-US	Cellules atypiques épidermoïdes de signification indéterminée
ASC-H	Cellules atypiques épidermoïdes ne permettant pas d'exclure une lésion épidermoïde de haut grade
ASPC	Agence de la santé publique du Canada
ASSS	Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CLSC	Centre local de services communautaires
CMQ	Collège des médecins du Québec
CVV	Candidose vulvo-vaginale
DSP	Direction de la santé publique
EMP	Examen médical périodique
GMF	Groupe de médecine familiale
GOC	Société de gynéco-oncologie du Canada
HMA	Histoire de la maladie actuelle
HSIL	Lésion épidermoïde intra-épithéliale de haut grade
IMC	Indice de masse corporelle
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IPPAP	Intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une infection transmissible sexuellement et auprès de leurs partenaires
IPSPL	Infirmière praticienne en soins de première ligne
ITS	Infection transmise sexuellement
ITSS	Infection transmissible sexuellement et par le sang
ITS-MADO	Infection transmissible sexuellement à déclaration obligatoire
LSIL	Lésion épidermoïde intra-épithéliale de bas grade
MADO	Maladie à déclaration obligatoire
MATO	Maladie à traitement obligatoire
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
OMS	Organisation mondiale de la santé
PIA	Pratique infirmière avancée
PIQ	Programme d'immunisation du Québec
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
SCC	Société canadienne des coloscopistes
SIDEP	Services intégrés de dépistage et de prévention des ITSS

SOGC	Société des obstétriciens et gynécologues du Canada
TAAN	Test d'amplification des acides nucléiques
TA	Tension artérielle
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VB	Vaginose bactérienne
VPH	Virus du papillome humain

Partie I

Introduction

La formation menant au titre d'IPSPL est exigeante; beaucoup de notions doivent être intégrées en peu de temps. L'approche par problèmes et l'approche réflexive, préconisées par l'Université de Sherbrooke, facilitent ce processus d'apprentissage. L'essai des étudiantes IPSPL est un bon exemple de ces approches; il permet d'intégrer les multiples savoirs appris tout au long du parcours universitaire.

La rédaction de l'essai témoigne ainsi du jugement clinique requis et des processus décisionnels inhérents aux sciences médicales et infirmières. Cet essai portera spécifiquement sur une clientèle adolescente, ou jeune adulte, adoptant des comportements sexuels à risque. Les conséquences qui peuvent en découler sont nombreuses, ce qui en fait une priorité en santé publique. Cette portion de l'essai permettra d'explorer les facettes biopsychosociales de ce phénomène.

La première partie de l'essai commencera par la problématique, qui analysera les éléments clés de la situation clinique fictive : description du client/famille, déroulement de l'EMP, processus menant aux hypothèses diagnostiques les plus probables, description des éléments du système familial et sélection de l'hypothèse familiale systémique la plus réaliste et pertinente. Par la suite, la recension des écrits détaillera l'évaluation et les interventions, en lien avec les hypothèses diagnostiques et familiales retenues. Finalement, un regard critique sera porté à la collaboration interprofessionnelle, aux aspects légaux et aux dimensions éthiques.

Problématique

Description du client/famille et mise en contexte

Tout d'abord, commençons par décrire le client/famille en effectuant un bref survol de la situation psychosociale. La patiente, Marie-Pier Lévy, est une jeune femme québécoise âgée de 18 ans. Elle se présente seule à son suivi annuel, contrairement aux années précédentes où elle était accompagnée par sa mère. D'ailleurs, elle vit seule avec celle-ci. Ses parents se sont séparés alors qu'elle n'avait que 4 ans et se sont divorcés lorsqu'elle était âgée de 8 ans. La cliente n'a plus de contact avec son père depuis ses 14 ans. Elle a terminé son 5e secondaire en retard et travaille actuellement en restauration rapide. Sa mère occupe un poste de secrétaire.

Poursuivons avec la description de son état de santé actuel. Au point de vue physique, la jeune femme n'a aucun problème de santé connu et aucun antécédent médical. Il n'y aurait eu aucun événement particulier au cours de la dernière année. Néanmoins, elle prend le contraceptif oral Alesse et dit avoir eu plusieurs partenaires sexuels cette année. À cet effet, elle exprime un problème récent : elle dit souffrir de douleur lors des relations sexuelles depuis 1 mois et avoir des sécrétions vaginales jaune-verdâtre depuis 2 semaines. Lors de l'entrevue, son comportement est directif envers l'IPSPL; elle s'interroge sur la pertinence de certaines questions posées par cette dernière. Ceci nous amène à parler du contexte de l'EMP chez l'adolescent, qui comporte plusieurs particularités. Les interventions doivent être adaptées en fonction des besoins spécifiques de cette clientèle.

Description du déroulement de l'examen médical périodique

En commençant, précisons que l'EMP chez les adolescents concerne les jeunes âgés de 12 à 20 ans. Un outil pour guider les intervenants dans l'examen clinique de la clientèle adolescente est disponible, témoignant de leurs besoins (Direction de la santé publique [DSP], Agence de la santé et des services sociaux de Montréal [ASSS] & Association des médecins omnipraticiens de Montréal [AMOM], 2005).

En effet, l'adolescence est une période de transition et d'apprentissage parfois turbulente, entre l'enfance et l'âge adulte. À tort, il arrive que l'examen préventif soit délaissé chez cette clientèle, puisque l'état de santé est généralement bon (DSP et al., 2005). Pourtant, les jeunes ont besoin d'un suivi approprié et adapté à leurs besoins en matière de comportements liés à la santé; ceux-ci prennent parfois des risques pouvant compromettre leur santé (DSP et al.). Les médecins et les IPSPL ont un grand rôle à jouer sur le plan de la promotion de la santé et de la prévention des maladies, surtout par le biais d'interventions dites préventives concernant les habitudes de vie (DSP et al.; Ordre des infirmières et infirmiers du Québec [OIIQ] & Collège des médecins du Québec [CMQ], 2013.). Le but est de faciliter cette période de transition et de limiter les impacts négatifs sur la santé. Une attitude chaleureuse est alors de mise (DSP et al.).

Attitude et entrevue psychosociale. Il faut donc porter une attention particulière à la façon d'interagir avec les adolescents lors de l'EMP. Un pattern de communication circulaire nuisible pourrait s'établir entre Mme Lévy et l'IPSPL. Inquiète pour la santé de sa patiente, l'IPSPL voudra faire une anamnèse précise en lien avec les

comportements sexuels à risque et la contraception. Cela pourrait être perçu comme une intrusion à la vie privée par Mme Lévy, qui pourrait mettre en doute la pertinence de l'entretien ou craindre que les informations soient rapportées à sa mère. Une attitude directive de la part de la patiente pourrait en résulter, augmentant ainsi l'inquiétude de l'IPSPL et nuisant à l'établissement d'une relation thérapeutique.

Les médecins et les IPSPL doivent adapter leur langage aux jeunes, éviter de les infantiliser ou d'être trop familier avec eux et conserver leur professionnalisme, tout en adoptant une attitude empathique et respectueuse à leur égard (DSP et al., 2005; Richard & Lussier, 2005). La rencontre devrait essentiellement se consacrer aux questions psychosociales et à l'évaluation des comportements à risque. De plus, il sera approprié d'amorcer la discussion en abordant des sujets neutres; cela permettra d'établir un climat de confiance préalable et de rendre le patient à l'aise (DSP et al.).

En continuant, Forcier et Garofalo (2013) recommandent de faire attention à ne pas porter de jugement lors d'un entretien avec un adolescent. Des questions ouvertes sont appropriées pour l'encourager à s'exprimer. Par ailleurs, les auteurs suggèrent plusieurs principes pouvant guider les professionnels lors d'une entrevue portant spécifiquement sur la sexualité : la confidentialité, la normalisation, l'empathie, le non-jugement, le respect, l'écoute réflexive, les questions spécifiques et la connaissance des ressources communautaires existantes. De plus, on doit amener le jeune à reconnaître que ses comportements à risque peuvent avoir des impacts sur d'autres aspects de sa vie. En résumé, l'attitude influencera le déroulement de l'entrevue psychosociale.

La situation psychosociale pourra ainsi être évaluée adéquatement grâce à un questionnaire conçu pour les adolescents : le HEADSS (figure 1 à l'appendice A). Il sert à « recueillir les informations pertinentes concernant la vie familiale, les amis, l'école, les loisirs, la consommation de substances, la sexualité et les problèmes de santé mentale » (DSP et al., 2005, p.1). On vérifie l'habitat, soit le lieu de résidence, les gens avec qui il habite et les relations avec ceux-ci. On parle ensuite de l'éducation et de l'école. Dans la situation présente, il serait pertinent d'explorer les projets pour l'avenir puisque notre patiente travaille au salaire minimum et a arrêté ses études. On évalue aussi le réseau social de l'adolescent avec des questions visant les activités sociales et les amis. On poursuit en abordant les habitudes alimentaires (diète) puis, on pose des questions entourant le sommeil, l'utilisation de substances (drogues, alcool, tabac, etc.), la santé mentale et le suicide. En abordant la sexualité, on cherche à connaître les habitudes et les comportements potentiellement à risque. On termine en parlant de la sécurité contre les blessures et contre la violence (Goldenring & Rosen, 2004). Pour tous ces points, des éléments alarmants peuvent nous indiquer que le sujet doit être plus approfondi; il faut rester à l'affût des facteurs de risque (figure 2 à l'appendice B). La séquence suggérée démontre une progression vers des sujets de plus en plus délicats. Il faut demander la permission d'aborder certains sujets et annoncer nos intentions.

Les adolescents peuvent percevoir les questions portant sur d'autres thèmes que ceux de la santé physique comme une intrusion dans leur vie privée. Ils peuvent se montrer surpris et réticents à répondre à des questions jugées inutiles (DSP et al., 2005).

C'est le cas de Mme Lévy : elle met en doute la pertinence de plusieurs questions. Pour éviter cette résistance, il est essentiel d'expliquer le fondement de chaque question à l'adolescente et de la rassurer sur le caractère confidentiel des données recueillies (DSP et al.). Les adolescents vont davantage consulter et accepter de discuter de sujets délicats s'ils sont certains que ces questions demeureront confidentielles (DSP et al.). Par ailleurs, plusieurs adolescents aimeraient parler de préoccupations liées à leur situation psychosociale ou concernant leurs habitudes de vie, mais ne le font pas de façon spontanée (DSP et al.). Les intervenants doivent prendre l'initiative d'aborder ces sujets. Bien que l'évaluation psychosociale relève de la plus grande importance chez les adolescents, il ne faut pas négliger les interventions visant à évaluer l'état de santé physique par le biais de l'examen médical préventif (DSP et al.).

Interventions préventives recommandées. Il ne faut pas omettre les interventions préventives appropriées lors du suivi périodique d'un adolescent asymptomatique et en bonne santé. Un tableau de recommandations canadiennes et américaines peut nous éclairer (tableau 1 à l'appendice C). Il porte sur les interventions liées au dépistage, à l'immunisation et à l'éducation à la santé (DSP et al., 2005).

Peu de conditions médicales requièrent un dépistage systématique chez cette clientèle. L'examen physique vise essentiellement à rassurer et à vérifier que le développement est normal. Par prévention, on mesurera le poids et la taille; on calculera aussi l'indice de masse corporelle [IMC] (DSP et al., 2005). Bien que les recommandations canadiennes concernant la tension artérielle [TA] s'appliquent

davantage à la population adulte, soit de plus de 20 ans, la prise de la TA est souvent faite d'emblée (DSP et al.). L'examen gynécologique et la cytologie cervicale, peuvent désormais être retardés jusqu'à l'âge de 21 ans, même lors de comportements sexuels à risque ou de condylomes (Institut national de santé publique du Québec [INSPQ], 2011; Société des obstétriciens et gynécologues du Canada [SOGC], Société de gynéco-oncologie du Canada [GOC], & Société canadienne des colposcopistes [SCC], 2013). La décision d'effectuer d'autres formes de dépistage repose sur le jugement clinique de l'intervenant, selon le profil de l'adolescent : antécédents personnels et familiaux, problèmes de santé connus et facteurs de risque présents (DSP et al.).

Concernant les infections transmissibles sexuellement et par le sang [ITSS], on procédera au dépistage si des facteurs de risque sont décelés lors de l'entrevue (DSP et al., 2005). Par ailleurs, on ne devrait pas dépister systématiquement les adolescents pour le diabète, les dyslipidémies ou l'anémie, à moins d'antécédents familiaux ou de problèmes de santé connus qui peuvent y être reliés (DSP et al.). De plus, actuellement, le dépistage systématique de la scoliose idiopathique, des problèmes visuels et auditifs, ainsi que du cancer des testicules n'est pas recommandé; on ne devrait donc pas y procéder à moins d'indications particulières (DSP et al.).

Des interventions préventives d'immunisation sont nécessaires lors de l'EMP; on doit vérifier le statut vaccinal des adolescents (DSP et al.). Selon les recommandations de la SOGC, on doit aussi vérifier si les jeunes filles et les jeunes femmes sont protégées contre le virus du papillome humain [VPH] (Shier & Bryson, 2007).

Ensuite, on poursuivra l'entretien en prodiguant de l'information, selon les besoins et le contexte. Les facteurs de risque détectés lors de l'entrevue HEADSS vont orienter les besoins de l'adolescent en matière d'éducation à la santé, soit les comportements à risque en lien avec l'alimentation, l'activité physique, la consommation de substances et la sexualité (DSP et al., 2005). Dans le cas de Mme Lévy, il sera important de valider notre hypothèse de comportements sexuels à risque, concernant l'utilisation du condom à chaque relation sexuelle et le nombre de partenaires sexuels récents. Le cas échéant, on évaluera sa motivation à modifier ces comportements et on validera la perception qu'elle a des conséquences possibles pour sa santé, telles que les ITSS ou une grossesse non planifiée (DSP et al.). Un dépistage serait aussi proposé. Voyons maintenant comment intégrer tous ces concepts à l'EMP de Mme Lévy.

Application de l'EMP à la situation clinique fictive. On clarifiera les attentes de la patiente et on discutera de ses préoccupations dans un premier temps (Richard & Lussier, 2005). L'entretien se poursuivra avec des questions générales portant sur le carnet vaccinal et le suivi de la contraception hormonale. On vérifiera la présence de nouvelles contre-indications, d'effets secondaires et l'observance au traitement. L'entrevue psychosociale suivra, par le biais de questions ouvertes. On laissera l'opportunité à l'adolescente de s'exprimer et de poser des questions. Des thèmes de plus en plus personnels seront abordés; on en expliquera l'importance et on insistera sur la confidentialité. Il faudra également évaluer les éléments pertinents du système

familial pouvant influencer la santé de la patiente; les questions psychosociales permettront de raffiner nos hypothèses familiales systémiques.

On terminera avec des questions portant sur l'hygiène personnelle féminine, les habitudes sexuelles, l'âge des ménarches, la date des dernières menstruations, la quantité de saignement ainsi que la régularité et la longueur des cycles. Cela permettra d'établir l'histoire de la maladie actuelle [HMA], d'évaluer les facteurs de risque (tableaux 2 et 3 à l'appendice D) et d'étayer les diagnostics différentiels. Les informations recueillies pendant l'anamnèse et la revue des systèmes vont orienter nos interventions.

On terminera par l'examen physique : poids, taille, calcul de l'IMC et prise de TA. Vu les facteurs de risque présents et les symptômes exprimés, on fera un examen pelvien et gynécologique (DSP et al., 2005). Il sera essentiel d'expliquer la pertinence des examens suggérés dans un langage approprié et professionnel, tout en adoptant une attitude empathique, chaleureuse et respectueuse (DSP et al.; Richard & Lussier, 2005).

Hypothèses diagnostiques

Les symptômes décrits nous permettront d'explorer les hypothèses diagnostiques possibles. Les problèmes gynécologiques constituent une des principales raisons de consultation chez les femmes (Agence de la santé publique du Canada [ASPC], 2010a; Porter & Kaplan, 2011). La dyspareunie et les pertes vaginales jaune-verdâtre suggèrent une vaginite ou une ITSS. Une vaginite est d'étiologie infectieuse ou non infectieuse (tableaux 4, 5 et 6 aux appendices E et F). Elle entraîne généralement une inflammation des muqueuses vaginales, parfois même de la vulve. Les symptômes sont variés : pertes

vaginales, irritation, sensation de brûlure, prurit, érythème, dysurie, dyspareunie et spotting (Porter & Kaplan; Sobel, 2013a).

Chez les femmes en âge de procréer, les vaginites sont généralement infectieuses (Porter & Kaplan, 2011). Les plus fréquentes sont la vaginose bactérienne [VB], la candidose vulvo-vaginale [CVV] et la trichomonase, qui est transmise sexuellement (Hainer & Gibson, 2011; Porter & Kaplan). Lors de pertes vaginales anormales, on peut soupçonner la chlamydia, la gonorrhée, la trichomonase, la VB ou la CVV (Fortenberry, 2013). Néanmoins, la vaginite peut être non infectieuse et résulter d'un corps étranger ou d'une vaginite inflammatoire desquamative, qui est peu fréquente (Porter & Kaplan).

Chez les femmes de tout âge, plusieurs conditions médicales peuvent prédisposer aux troubles vaginaux, telles qu'une fistule recto-vaginale, des traitements de radiothérapie, une hypersensibilité ou une affectation cutanée (ASPC, 2010a; Porter & Kaplan, 2011). Il faut donc détailler l'HMA, incluant les symptômes, leur durée et leur intensité. On évalue s'il y a présence de fièvre et de douleur sus-pubienne ou abdominale (Porter & Kaplan, 2011). On valide la couleur et l'odeur des pertes vaginales, et on les différencie des pertes normales qui varient au cours du cycle menstruel (Porter & Kaplan). On vérifie l'usage de produits d'hygiène et de contraceptifs pouvant entraîner une hypersensibilité. De plus, on porte attention aux antécédents et aux facteurs de risque. L'anamnèse orientera nos interventions, mais on devra procéder à un examen physique ciblé et à des tests appropriés pour établir le diagnostic (Sobel, 2013a; Centers

for Disease Control and Prevention [CDC], 2010), car les affectations vaginales et cervicales entraînent divers symptômes non spécifiques (Porter & Kaplan; Sobel).

L'examen physique permettra d'évaluer la présence d'érythème, de lésions, d'œdème et de corps étrangers (Sobel, 2013a) ainsi que l'apparence des pertes vaginales et du col utérin (Porter & Kaplan, 2011). Un examen gynécologique et pelvien approprié devra exclure l'atteinte inflammatoire pelvienne [AIP]. Le diagnostic final se fera en testant les sécrétions cervicales et vaginales (Porter & Kaplan; Sobel).

Pour revenir à notre situation clinique, plusieurs problèmes gynécologiques infectieux et non infectieux peuvent être à l'origine des symptômes de Mme Lévy. L'IPSPL peut diagnostiquer de façon autonome un problème de santé courant, tel qu'une vaginite ou une ITSS (OIIQ & CMQ, 2013). En regard des informations connues, les diagnostics seront classés selon les plus probables, les moins probables et les peu probables. L'IPSPL documentera les diagnostics différentiels au dossier.

Diagnostics plus probables. Débutons par les diagnostics qui seront retenus. Mme Lévy présente des symptômes pouvant être associés aux ITSS, qui ont une grande prévalence chez les adolescents et les jeunes adultes ayant des comportements sexuels à risque. Plusieurs symptômes associés aux ITSS et aux vaginites sont non spécifiques; un dépistage des ITSS, de la trichomonase et de la VB est recommandé afin d'exclure ces diagnostics différentiels (Mayor, Roett, & Uduhiri, 2012; CDC, 2010). Les symptômes décrits et les facteurs de risque présents indiquent que Mme Lévy pourrait vraisemblablement souffrir d'une cervicite mucopurulente causée par une ITSS ou d'une

trichomonase. Le diagnostic sera posé après l'anamnèse, l'examen physique et les tests diagnostiques appropriés, qui seront abordés lors de la recension des écrits.

L'HMA de Mme Lévy concorde avec la cervicite mucopurulente, qui est généralement causée par la chlamydia, suivie de la gonorrhée, et plus rarement de la trichomonase et de la VB (Marrazzo, 2013a). Une coinfection par la chlamydia et la gonorrhée est fréquente (Marrazzo, 2013b; Mayor et al., 2012; Porter & Kaplan, 2011). Bien que souvent asymptomatiques, ces deux ITSS peuvent entraîner une AIP de façon insidieuse (ASPC, 2010a; Ison & Lewis, 2010; Marrazzo, 2013b; Mayor et al., Unemo & Papp, 2010; CDC, 2010). Néanmoins, les symptômes exprimés par les femmes infectées sont peu spécifiques (Ison & Lewis, Marrazzo, 2013a, 2013b; Unemo & Papp) et varient en fréquence et en intensité (Porter & Kaplan). Celles-ci peuvent présenter un historique de dyspareunie, de saignements vaginaux post-coïtaux ou intermenstruels, de dysurie, de pertes vaginales anormales et d'irritation vulvo-vaginale (ASPC; Institut national d'excellence en santé et en services sociaux [INESSS], 2013a; Marrazzo, 2013a, 2013b; Mayor et al.; Porter & Kaplan; CDC; Zenilman, 2013). Mme Lévy présente des facteurs de risques associés aux ITSS : jeune âge, nombre de partenaires sexuels récents et statut célibataire à déterminer, statut socioéconomique faible, absence d'éducation collégiale et inconstance possible dans l'utilisation du condom (Zenilman).

Le second diagnostic le plus probable est la vaginite à trichomonase. Cette infection transmise sexuellement [ITS] est plus fréquente chez la femme (Sobel, 2013d). Les symptômes varient en nombre et en intensité : pertes vaginales mousseuses jaune-

vert malodorantes ou purulentes, douleur ou sensibilité du vagin et du périnée, dyspareunie et dysurie (ASPC, 2010a; Porter & Kaplan, 2011; Sobel; CDC, 2010). Bien que l'infection soit asymptomatique 50 % du temps, des symptômes sont possibles : prurit, douleur abdominale basse et saignement vaginal post-coïtal (Sobel). Selon Marrazzo, Hillier et Sobel (2010), le principal symptôme demeure les pertes vaginales purulentes ou jaunes, pouvant être accompagnées dans 50 % des cas d'un prurit vaginal ou d'une odeur malodorante. Mme Lévy présente deux symptômes fréquents, soit la dyspareunie et les pertes vaginales jaune-verdâtre. De plus, elle présente des facteurs de risques compatibles avec un diagnostic de trichomonase (tableau 2 à l'appendice D) : partenaires sexuels multiples à déterminer, statut socioéconomique faible et inconstance possible dans l'utilisation du condom (Hainer & Gibson, 2011).

Diagnostics moins probables. Selon les symptômes décrits et les facteurs de risque connus, certains diagnostics sont moins probables : l'AIP, la CVV et la VB.

L'AIP peut entraîner des symptômes tels que la douleur abdominale basse, l'inflammation cervicale, les pertes vaginales ou cervicales anormales et un saignement vaginal irrégulier (Porter & Kaplan, 2011; CDC, 2010). Elle est surtout causée par la chlamydia ou la gonorrhée, et plus rarement par la VB. Lorsque les symptômes sont présents, ils sont peu spécifiques (CDC). On doit l'envisager chez les femmes en âge de procréer, surtout en présence de facteurs de risque, quand elles présentent de la douleur abdominale basse, des sécrétions cervicales ou des pertes vaginales inexplicées (Porter & Kaplan). On pourra considérer l'AIP en présence d'un saignement vaginal irrégulier,

d'une dyspareunie ou d'une dysurie non expliqués. Les symptômes peuvent être discrets, voire absents, mais les séquelles d'une telle infection peuvent être graves; ce diagnostic doit donc être envisagé. Celui-ci pourra être exclu par un examen pelvien bimanuel qui ne révélerait ni sensibilité de l'utérus ou de ses annexes, ni douleur à la mobilisation du col utérin (Blake, Fletcher, Joshi, & Emans, 2003; Porter & Kaplan; Sobel, 2013a, CDC). Le diagnostic sera d'autant plus fiable et probable en présence de fièvre, d'écoulement cervical ou vaginal purulent et de tests révélant la présence de chlamydia ou de gonorrhée (CDC; Wiesenfeld & Paavonen, 2010). Toute patiente se plaignant de douleur abdominale ou de dyspareunie devrait être examinée afin d'exclure l'AIP (Blake et al.). En fin de compte, un dépistage des ITSS doit être fait (INESSS, 2013a).

En cas de CVV, l'œdème, la rougeur, l'érythème et les fissures sont fréquents (ASPC, 2010a; Porter & Kaplan, 2011; Sobel, 2013a, 2013c). Toutefois, plusieurs des symptômes de ce type de vaginite sont peu spécifiques : prurit, sensation de brûlement, dyspareunie et pertes vaginales (Hainer & Gibson, 2011; CDC, 2010). Sans prurit, ce diagnostic est improbable (Hainer & Gibson), car c'est le principal symptôme (Porter & Kaplan; Sobel, 2013c). Selon les mêmes auteurs, les symptômes peuvent s'aggraver avant les menstruations ou après un rapport sexuel. Les pertes sont généralement blanches, épaisses, sans odeur et adhèrent aux parois vaginales. Toutefois, les pertes peuvent aussi être liquides, homogènes et semblables à celles que présentent les autres types de vaginites (Sobel, 2013c). Une confirmation peut être faite par un test diagnostique. À l'examen, le col utérin est généralement d'apparence normale (Sobel,

2013c). Notre patiente ne présente pas de facteurs de risque pertinents, tels que la prise d'antibiotique récente ou un diabète mal contrôlé (Hainer & Gibson). Finalement, en dépit de la dyspareunie, ses sécrétions vaginales ne sont pas typiques d'une CVV.

La VB est la vaginite la plus fréquente, mais beaucoup de femmes sont asymptomatiques (ASPC, 2010a; Hainer & Gibson, 2011; Porter & Kaplan, 2011; Sobel, 2013b). Les pertes sont généralement grises, homogènes, liquides et dégagent une forte odeur de poisson (ASPC; Porter & Kaplan; Sobel, 2013b). Des pertes vaginales avec une odeur de poisson sont prédictives de cette vaginite, alors que l'absence d'odeur rend ce diagnostic peu probable (Hainer & Gibson). Les muqueuses sont généralement intactes (Sobel, 2013a); la VB n'entraînant pas d'inflammation vaginale (Porter & Kaplan; Sobel, 2013b). Seule, elle ne cause pas de dysurie, de dyspareunie ou de prurit. La présence d'un de ces symptômes pourrait plutôt suggérer une vaginite mixte (Sobel, 2013b). Hainer & Gibson sont aussi d'avis que cette vaginite cause rarement du prurit, contrairement à Porter & Kaplan, qui affirment que le prurit est fréquent. Mme Lévy présente des facteurs de risques associés à cette vaginite (tableau 2 à l'appendice D) : statut socioéconomique faible et possiblement plusieurs partenaires sexuels récents (Hainer & Gibson). L'anamnèse apportera des précisions à ce sujet. Néanmoins, Mme Lévy souffre de dyspareunie et ses pertes vaginales ne correspondent pas à la description type de la VB, ce qui en fait un diagnostic moins probable.

Diagnostics peu probables. Terminons par les diagnostics pour lesquels la patiente ne présente pas les symptômes typiques ou les facteurs de risque. Il s'agit d'un

cancer, d'une fistule recto-vaginale, d'une dermatite allergique ou de contact, d'une vaginite inflammatoire desquamative et de la présence d'un corps étranger dans le vagin.

Lors d'un cancer du col utérin, de la vulve ou du vagin, il y a présence d'inflammation et de nécrose tissulaire, entraînant des pertes vaginales liquides, mucoïdes, purulentes ou sanglantes (Porter & Kaplan, 2011; Sobel, 2013a). Le cancer du col utérin est rare avant 21 ans et est surtout prévalent chez les femmes de 30 à 59 ans (ASPC, 2009), ce qui en fait un diagnostic peu probable.

La fistule recto-vaginale est aussi peu probable. La patiente n'a aucun antécédent de maladie inflammatoire de l'intestin, est nullipare et n'a pas subi d'opération gynécologique (Porter & Kaplan, 2011; Sobel, 2013a).

Les dermatites de contact et les dermatites allergiques sont des vulvo-vaginites non infectieuses causées par des agents irritants ou des allergènes. Elles peuvent être liées à l'utilisation de certains produits d'hygiène féminins, de contraceptifs, de douches vaginales, de savon ou de parfum (Hainer & Gibson, 2011; Porter & Kaplan, 2011). Toutefois, malgré l'inflammation et l'irritation, peu de pertes vaginales y sont associées (Porter & Kaplan), contrairement au portrait clinique de Mme Lévy.

Une vaginite inflammatoire desquamative non infectieuse est très peu probable chez une jeune femme (Porter & Kaplan, 2011); elle affecte plutôt les femmes périménopausées ou en période post-partum (Marrazzo et al., 2010). Les symptômes chroniques incluent la dyspareunie, la dysurie, l'irritation vaginale, les pertes vaginales purulentes et parfois même l'érythème et le prurit (Porter & Kaplan, 2011). Puisqu'il ne

s'agit pas un problème de santé courant tel que décrit dans les lignes directrices de l'IPSPL, une référence devrait être faite au médecin partenaire (OIIQ & CMQ, 2013).

La présence d'un corps étranger, tel qu'un tampon oublié ou un débris de condom, doit être éliminée. Cela peut occasionner des pertes vaginales anormales, des saignements vaginaux intermittents et une forte odeur secondaire à l'inflammation et à l'infection. Toutefois, un corps étranger se détecte facilement à l'examen (Sobel, 2013a).

Les diagnostics présentés plus haut démontrent l'importance de l'éducation sexuelle chez les adolescents, afin de prévenir des problématiques liées aux comportements sexuels à risque. La famille peut agir à ce propos.

Description des éléments du système familial et hypothèses familiales systémiques

On attribue un rôle important aux parents face à l'éducation sexuelle de leurs enfants et aux valeurs s'y rattachant; en réalité, la communication parents-adolescents sur la sexualité est souvent limitée (Schouten, Van Den Putte, Pasmans, & Mccuwesen, 2007). Les parents tendent à sous-estimer leur rôle et l'impact qu'ils ont sur leurs enfants (Veilleux Lemieux, Frappier, & McDuff, 2010). Les mères discutant de sexualité avec leurs filles peuvent influencer positivement leurs comportements (Hutchinson, Jemmott, Sweet Jemmott, Braverman, & Fong, 2003). Toutefois, des informations erronées transmises par des parents peu éduqués peuvent conduire à des dysfonctions psychosexuelles chez les adolescents (Huerta-Franco, Diaz de Leon, & Malacara, 1996).

D'un autre côté, une mauvaise communication familiale peut entraîner des conflits, affecter l'éducation sexuelle et avoir des répercussions sur l'adoption de

comportements sexuels à risque (Huerta-Franco et al., 1996; Meschke, Bartholomae, & Zentall, 2002). Une communication et des relations familiales saines permettent de responsabiliser les adolescents et de prévenir les comportements sexuels à risque (Buelga & Musitu, 2006; Caruthers, Van Ryzin, & Dishion, 2013; Veilleux Lemieux et al., 2010).

Les données de la situation clinique fictive nous indiquent que Mme Lévy vit dans une famille monoparentale constituée d'elle-même et de sa mère. Nous n'avons pas d'information concernant un possible conjoint. Selon le modèle de Wright et Leahey (2014), la mère et la fille seraient en transition vers un nouveau stade de développement. La mère serait probablement à mi-chemin entre le stade du cycle de vie de la famille avec adolescents et celui de la famille dont les enfants quittent le foyer. En plus des autres stades, Mme Lévy pourrait vraisemblablement être aux stades du jeune adulte célibataire ou du nouveau couple. Les frontières de la famille doivent s'assouplir pour laisser plus de place à l'autonomie de l'adolescente en transition vers l'âge adulte; cela ne se fait pas sans générer des conflits. Parmi les tâches associées à ces stades, certaines s'appliquent mieux à la situation clinique fictive. La modification des relations au sein de la dyade mère-fille en relations d'adulte à adulte permettrait de développer davantage l'autonomie de la fille, incluant la prise en charge de sa propre santé. De plus, il serait pertinent que Mme Lévy établisse l'identité de son couple, si elle a un conjoint (Wright & Leahey). Par ailleurs, elle doit apprendre à se différencier de sa famille et à développer ses relations avec ses pairs.

Les familles monoparentales peuvent rencontrer des obstacles économiques et sociaux ayant des répercussions importantes sur leur santé (Association des infirmières et infirmiers du Canada [AIIC], 2005). Elles ont des revenus moins élevés, ce qui risque d'entraîner un stress psychosocial dommageable pour leur santé (AIIC, 2005). Les conditions touchant l'emploi et la sécurité d'emploi viennent aussi affecter la famille monoparentale : des heures de travail allongées ou difficiles à planifier combinées aux exigences de travail élevées peuvent amener de la tension et de l'anxiété (AIIC, 2005). Des problèmes relationnels et communicationnels pourraient avoir émergé entre notre patiente et sa mère au fil des ans, possiblement en lien avec les objectifs de carrière, l'éducation ou les agissements de Mme Lévy. Plusieurs déterminants sociaux de la santé peuvent avoir une incidence sur la santé de notre patiente : le revenu, les habitudes de vie et l'adaptation personnelle, l'emploi et les conditions sociales, le niveau d'instruction et le développement sain durant l'enfance (AIIC, 2009). Cela peut limiter les choix offerts aux individus et peut constituer un obstacle aux changements souhaités sur le plan du comportement (AIIC, 2005). Pour Mme Lévy, on viserait un changement de ses présumés comportements sexuels à risque.

Cela nous amène à formuler une première hypothèse familiale systémique probable impliquant Mme Lévy et sa mère (figure 3 à l'appendice G). Il est possible que la mère de Mme Lévy ait de la difficulté à développer une relation d'adulte à adulte avec sa fille et qu'inversement, elle utilise une approche autoritaire. Par exemple, sa mère pourrait être très directive et critiquer ses choix de vie, de partenaires ou ses

comportements sexuels, car elle s'inquiète pour sa fille et souhaiterait la protéger et lui éviter des erreurs de jeunesse. Ce type d'approche parentale pourrait très bien ne plus convenir à Mme Lévy qui pourrait y voir un manque de confiance et une intrusion dans sa vie privée. Celle-ci aurait plutôt besoin de soutien et de respect de la part de sa mère et voudrait s'affirmer et être autonome. Elle pourrait penser que sa mère ne la comprend pas, essaie de la contrôler ou s'inquiète pour rien. Elle ressentirait alors de la frustration ou de l'exaspération. Par ailleurs, il est possible que la mère de Mme Lévy ne réalise pas l'importance de son rôle dans l'éducation sexuelle de sa fille et minimise l'impact qu'elle pourrait avoir. La mère et la fille pourraient être mal à l'aise de parler de sexualité. Ce pattern mène à une mauvaise communication et à des liens tendus. Un manque de flexibilité peut nuire au climat familial et à la cohésion familiale. La transition familiale est difficile et en fin de compte, Mme Lévy est peu conscientisée face aux conduites sexuelles à risque. Ses notions sur la sexualité la contraception sont limitées. Il se peut qu'elle ne perçoive pas l'ampleur des conséquences possibles de ses actes. Elle pourrait même penser que ce n'est pas important ou minimiser la situation. Elle finit par adopter des comportements sexuels à risque. Lors de l'entretien, Mme Lévy pourrait même percevoir que l'IPSPL a une attitude intrusive, tout comme sa mère, et qu'elle essaie de s'immiscer dans sa vie privée. Elle pourrait aussi craindre que l'IPSPL rapporte ces informations à sa mère.

Selon Parera et Surís (2004), les adolescents qui entretiennent une bonne relation avec leur mère seraient plus enclins à discuter de la sexualité et de leurs partenaires avec

celle-ci et communiqueraient mieux. Il s'agit d'un facteur de protection contre les ITSS et les comportements sexuels à risque chez les adolescents; cela les amène à retarder leur premier rapport sexuel et à réduire leur nombre de partenaires sexuels. La surveillance parentale et le climat familial sain seraient d'autres facteurs de protection. Les familles monoparentales et divorcées sont plus susceptibles d'éprouver des difficultés de communication et de surveillance parentale; les adolescents sont plus à risque d'adopter des comportements sexuels inappropriés. L'étude d'Oman, Vesely, et Aspy (2005), a soulevé que les adolescents issus de familles monoparentales sont plus à risque que ceux issus de familles traditionnelles d'adopter des comportements sexuels à risque. Bien que pertinente et réaliste, l'hypothèse présentée explique indirectement les présumés comportements sexuels à risque. Dans ce contexte, il sera difficile d'intervenir auprès de la dyade mère-fille; Mme Lévy refusera probablement que sa mère l'accompagne. Il serait pertinent de se tourner vers la dyade du couple de Mme Lévy.

Sans information sur son conjoint, les écrits nous permettent d'envisager des scénarios probables. Chez les adolescents, l'inconstance dans l'utilisation du condom est liée aux facteurs individuels, au partenaire sexuel et au couple (Bonacquisti & Geller, 2012). Un écart d'âge important, une consommation d'alcool et une rencontre dans un lieu public sont des barrières à l'utilisation du condom (Staras, Livingston, Maldonado-Molina, & Komro, 2013). Par ailleurs, une bonne estime de soi, une habileté d'autorégulation, une capacité à prendre des décisions, un système de valeurs et des

relations amoureuses harmonieuses sont des facteurs de protection contre les comportements sexuels à risque chez les jeunes (Charles & Blum, 2008).

Les jeunes femmes en relation supposément monogame, avec un partenaire régulier, ont moins l'intention et utilisent moins le condom que celles qui ont des relations sexuelles avec un partenaire occasionnel (Bonacquisti & Geller, 2012; Lescano, Vazquez, Brown, Litvin, & Pugatch, 2006; Staras et al.). Parmi celles qui ont l'intention d'utiliser le condom et qui en ont à domicile, la plupart n'en amènent pas lors de sorties à l'extérieur; l'utilisation du condom n'est pas constante lors des rapports sexuels (Bonacquisti & Geller; Gebhardt, Empelen, & Beurden, 2009). Ainsi, il semble qu'elle n'ait pas un plein contrôle sur cet aspect de leur sexualité. Les adolescents, surtout s'ils n'ont pas l'intention d'utiliser le condom, tendent à sous-estimer les risques inhérents aux ITSS et les facteurs de risque de leurs partenaires sexuels (Lescano et al.; Newby, Brown, French, & Wallace, 2013; Newby, Wallace, & French, 2012). De plus, les adolescents ont souvent des croyances contraignantes quant au port du condom ou à l'instauration du port du condom auprès de leur partenaire (Newby et al., 2012).

Il devient possible de dresser un pattern de communication circulaire réaliste entre Mme Lévy et son partenaire (figure 4 à l'appendice G). Il mène directement à l'adoption de comportements sexuels à risque, augmentant ainsi le risque d'ITSS et de grossesse non désirée. Il est possible que Mme Lévy consomme de l'alcool avant d'avoir des relations sexuelles, qu'elle n'ait pas de condom en sa possession lors de ses sorties ou qu'elle laisse son partenaire décider de l'utilisation d'un moyen de contraception. Ce

dernier pourrait penser que ça ne sert à rien d'utiliser le condom puisque Mme Lévy prend la pilule ou que c'est un tue-l'amour. Il se sent confiant, emballé et excité; cela altère sa capacité à prendre une décision. Il a besoin de contact physique. Par conséquent, il précipite les rapprochements sexuels même s'il n'a pas de condom au moment opportun. Mme Lévy se demande si elle a vraiment le contrôle. Elle pourrait aussi penser qu'elle est protégée par la pilule ou croire que d'exiger le condom témoigne d'une infidélité. Elle pourrait se sentir prise au dépourvu ou vulnérable. Ses besoins d'affection, d'intimité et de lien durable pourraient la pousser à accepter des relations sexuelles non protégées. Ce pattern pourrait se perpétuer lors de relations monogames successives et est bien reflété dans les écrits. Il sera retenu pour les besoins de l'essai.

Dans un autre ordre d'idées, l'étude d'Ellis et al. (2003) a mis en évidence les effets de l'absence d'une figure paternelle sur le développement sexuel des jeunes filles : plus un père est absent tôt dans la vie de sa fille, plus celle-ci est à risque d'amorcer sa vie sexuelle tôt ou de devenir enceinte à l'adolescence. Bangpan et Operario (2012) confirment que la relation avec le père est importante; elle permet d'augmenter l'estime de soi et de retarder le début des relations sexuelles. L'absence du père peut affecter la sexualité des jeunes filles et leurs relations avec les hommes de façon générale (Bangpan & Operario). Une communication insuffisante avec le père est nuisible aux adolescents (Veilleux Lemieux et al., 2010). De plus, l'enfance et la petite enfance jouent un rôle important dans le développement physique, émotif et mental (AIIC, 2005). À long terme, un attachement émotif instable et insécurisant pourrait diminuer la maturité

scolaire et entraîner des problèmes de comportements (AIC, 2005). Selon ce qui est connu, on peut supposer que notre patiente a vécu des conflits avec son père.

Dans cette perspective, on pourrait émettre une hypothèse concernant l'absence de relation avec le père (figure 5 à l'appendice G). À la suite de la séparation, son père pourrait avoir eu de la difficulté à maintenir des liens avec sa fille, qui était trop jeune pour faire les premiers pas. Des conflits conjugaux pourraient aussi avoir eu un impact sur la relation père-fille. Ultimement, peu d'efforts auraient été faits pour maintenir la relation, qui aurait fini par devenir inexistante. On sait maintenant que l'absence du père a des implications sur l'adoption de comportements sexuels à risque chez les adolescentes et sur leurs relations avec les hommes. Ce pattern pourrait contribuer à la problématique de santé de Mme Lévy. Bien que pertinente, cette hypothèse ne pourrait être validée dans le contexte de l'EMP et une intervention serait difficile vu l'absence de relation père-fille. Elle ne sera donc pas retenue.

L'hypothèse familiale systémique la plus pertinente, concernant Mme Lévy et son partenaire, ainsi que les deux diagnostics différentiels retenus, soit la cervicite aiguë et la trichomonase, feront maintenant l'objet d'une recension des écrits.

Recension des écrits

Cette section permettra d'explorer les hypothèses retenues par le biais d'articles scientifiques, de revues systématiques et de lignes directrices. À la lumière des données probantes, un processus d'évaluation structuré et des interventions pertinentes seront proposés.

Établir le diagnostic d'une ITS

Les lignes directrices canadiennes sur les ITS suggèrent une démarche systémique pour intervenir efficacement (ASPC, 2010a). L'IPSPL débute en évaluant les facteurs de risque et les antécédents en matière d'ITSS. Elle doit offrir un *counselling* initial et une éducation en santé sexuelle axés sur les besoins du patient. L'examen physique suivra. Il faudra choisir les tests de dépistage et de détection appropriés, en fonction des antécédents, des facteurs de risque et des signes révélés par l'examen physique. À la suite du diagnostic, on offrira un *counselling* post-test, incluant une entrevue motivationnelle au besoin. Le traitement approprié sera prescrit. Le cas échéant, l'IPSPL signalera l'infection transmissible sexuellement à déclaration obligatoire [ITS-MADO] et amorcera le processus de notification aux partenaires. Elle tiendra compte des comorbidités et des risques associés, et assurera un suivi adéquat.

L'anamnèse et l'examen physique sont intimement liés au diagnostic puisqu'ils guident les interventions subséquentes. Chez la femme, plus spécifiquement, l'examen physique comportera plusieurs éléments : évaluation de l'état général, recherche de signes systémiques d'ITS (perte de poids, fièvre, hypertrophie des ganglions inguinaux), examen des muqueuses (sans oublier le pharynx), vérification des organes génitaux

externes (à la recherche de lésions, d'inflammation, d'exsudat ou autres), examen péréal, visualisation de l'orifice vaginal, examen à l'aide du spéculum pour visualiser les parois vaginales et le col utérin (noter la présence de pertes vaginales ou endocervicales, de lésions, etc.) et examen pelvien bimanuel pour exclure la présence d'une masse et d'une sensibilité de l'utérus ou des annexes, advenant une AIP (ASPC, 2010a). Voyons maintenant les particularités liées aux deux diagnostics différentiels.

Cervicite mucopurulente causée par une ITSS. La chlamydia et la gonorrhée sont respectivement les première et deuxième ITS bactériennes les plus prévalentes au Québec et au Canada (ASPC, 2010a; Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 2014). Les ITS comptent pour plus de 66 % des maladies à déclaration obligatoire [MADO] au Québec et elles continuent de progresser; il s'agit d'un grave problème de santé publique entraînant de lourdes conséquences sanitaires individuelles et un fardeau économique sociétal (MSSS, 2014). Les jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans font partie des populations les plus affectées (ASPC). Poser le diagnostic peut toutefois être difficile : plus de 50 % des femmes infectées par la chlamydia sont asymptomatiques (Porter & Kaplan, 2011; Mayor et al., 2012; Marrazzo, 2013a et 2013b; Zenilman, 2013) comparativement à 95 % de celles qui contractent la gonorrhée (Mayor et al.). Ces infections passent donc souvent inaperçues et sont encore sous-déclarées par l'entremise du système des MADO (MSSS, 2014). La gonorrhée entraîne moins de cas d'AIP que la chlamydia; l'épisode est le plus souvent aigu et cause moins de séquelles à long terme (Zenilman). Les ITS bactériennes accroissent le risque de

transmission du virus de l'immunodéficience humaine [VIH] (MSSS, 2004b). Par conséquent, un dépistage s'impose quand des facteurs de risque sont présents (ASPC). Il est important de dépister et de traiter de façon précoce ces infections pour briser la chaîne de transmission, éviter la réinfection et prévenir la morbidité à long terme (MSSS, 2004b).

Avant de procéder aux tests diagnostiques, l'examen physique pourrait révéler des signes cliniques : sécrétions cervicales mucopurulentes ou purulentes et un col utérin friable (Porter & Kaplan, 2011; Mayor et al., 2012; Mrazek, 2013a; CDC, 2010; Zenilman, 2013). Des adénopathies inguinales pourraient être palpées (Mayor et al.). La période d'incubation est de 2 à 7 jours pour la gonorrhée et de 2 à 6 semaines pour la chlamydia (ASPC, 2010a). Rappelons-nous aussi qu'une coinfection de ces deux ITS est fréquente (ASPC; CDC). Il importe de déterminer la cause de la cervicite, soit la chlamydia, la gonorrhée, la VB ou la trichomonase, pour orienter le traitement (Mrazek, 2013a). De plus, il est nécessaire d'exclure l'AIP (ASPC; CDC).

Le test d'amplification des acides nucléiques [TAAN] est sensible et spécifique pour diagnostiquer la chlamydia et la gonorrhée, à l'aide d'un prélèvement urétral, cervical ou urinaire (ASPC, 2010a; Mrazek, 2013a, 2013b; Porter & Kaplan, 2011; CDC, 2010). Pour ces mêmes infections et pour la trichomonase, des données récentes ont démontré que l'efficacité du TAAN était supérieure avec des écouvillonnages vaginaux (ASPC). Si un examen gynécologique avec un spéculum est impossible à cause de lésions douloureuses, on pourra utiliser un échantillon d'urine (Mrazek,

2013a, 2013b). Un test urinaire peut aussi être approprié pour un dépistage chez des femmes asymptomatiques, car il est moins invasif et plus facilement accepté par les patients (ASPC; Porter & Kaplan; Zenilman, 2013). Néanmoins, l'examen physique demeure important et requis en présence de symptômes (ASPC).

Pour éliminer une VB, on utilisera la microscopie et le pH vaginal (Marrazzo, 2013a). L'identification de la trichomonase pourra se faire à partir du même prélèvement pour le TAAN (Marrazzo, 2013a). Vu la problématique de résistance aux antibiotiques dans le traitement de la gonorrhée, il est recommandé de faire une culture pour la gonorrhée en plus du prélèvement pour la recherche de la chlamydia et de la gonorrhée par le TAAN (ASPC, 2010a; INESSS, 2013a, 2013b). On prélève le spécimen de la gonorrhée avant celui de la chlamydia. Il est recommandé d'enlever les sécrétions vaginales ou l'exsudat cervical avant de faire le prélèvement; le mucus et le sang peuvent nuire à l'efficacité du TAAN (ASPC). Un TAAN de contrôle n'est pas recommandé pour vérifier l'efficacité du traitement, mais il peut permettre de déceler une réinfection par la gonorrhée, s'il est fait au moins trois semaines après la fin du traitement (ASPC). En cas d'échec thérapeutique, une culture sera requise pour déterminer le profil de résistance aux antibiotiques (ASPC; CDC, 2010).

Les lignes directrices canadiennes suggèrent d'utiliser une approche syndromique pour estimer le risque d'infection par les différents pathogènes causant les ITS. Cette approche, qui est pertinente pour mieux maîtriser la propagation des infections et leurs conséquences, permet de prescrire un traitement empirique à la

première visite, avant de recevoir la confirmation par les résultats aux tests diagnostiques (ASPC, 2010a). Un tableau présente d'ailleurs les principaux syndromes (tableau 7 à l'appendice H). Les plus pertinents pour l'essai sont la cervicite, les pertes vaginales avec faible risque d'ITS ainsi que les pertes vaginales avec risque élevé d'ITS. Il faut toutefois demeurer prudent avec cette démarche, puisque plusieurs individus infectés par la chlamydia ou la gonorrhée sont asymptomatiques et ne présentent pas de signes cliniques (ASPC). Les approches syndromiques et par tests diagnostiques en laboratoire sont donc toutes les deux nécessaires et complémentaires.

Trichomonase. À l'instar de la cervicite, les symptômes, seuls, ne permettent pas de poser le diagnostic; un examen physique et des tests diagnostiques sont nécessaires (Sobel, 2013d). À l'examen gynécologique, on pourrait observer de l'œdème, de la rougeur, de l'érythème et des fissures sur les muqueuses (ASPC, 2010a; Sobel, 2013a). Les parois vaginales et le col utérin pourraient présenter des lésions rouges, ressemblant à une fraise : on pourrait apercevoir des lésions hémorragiques ponctuées, des pétéchies sur les parois vaginales et une érosion cervicale (ASPC; Sobel, 2013d; Porter & Kaplan, 2011). Il est difficile d'établir la prévalence de la trichomonase, puisque 10 à 50 % des individus infectés sont asymptomatiques (ASPC). Chez les femmes, la trichomonase est associée à une augmentation du risque de transmission et d'acquisition du VIH (ASPC).

Toutes les femmes accusant des sécrétions vaginales anormales devraient subir un dépistage de la trichomonase (CDC, 2010). L'examen gynécologique permettra

d'exclure la cervicite. Advenant une trichomonase, le pH vaginal sera plus élevé que 4,5 et il n'y aura pas d'odeur d'amine (ASPC, 2010a). On pourra prélever un échantillon de sécrétions sur les parois vaginales pour l'analyser au microscope, mais cette méthode a une faible sensibilité (ASPC; Porter & Kaplan, 2011; Sobel, 2013d). Dans l'impossibilité de visualiser le protozoaire causant cette ITS, on pourra opter pour une culture à partir d'un écouvillonnage urétral ou vaginal, si c'est disponible (ASPC; Porter & Kaplan; Sobel, 2013d; CDC). La section traitant de la trichomonase dans les lignes directrices canadiennes ne fait pas mention du TAAN pour établir le diagnostic, contrairement à plusieurs revues systématiques qui disent qu'il s'agit désormais de l'étalon d'or (Marrazzo, 2013a; Sobel, 2013d). Toutefois, cette section des lignes directrices canadiennes date de 2008 et est présentement en révision (ASPC).

Si ni l'examen microscopique ni la culture ne sont disponibles dans le milieu, l'approche syndromique pourrait être utilisée. Un algorithme décisionnel a été élaboré par l'Organisation mondiale de la santé [OMS] pour la prise en charge syndromique des pertes vaginales, qui sont associées à la trichomonase et à d'autres infections (ASPC, 2010a). Ainsi, quand une patiente se plaint de pertes vaginales, comme Mme Lévy, on évalue les antécédents et on procède à l'examen physique. Selon les facteurs de risque décelés, on décide de prescrire un traitement empirique pour l'une ou l'autre des ITS ou des vaginites (figure 8 à l'appendice H).

Traiter et intervenir

Dans la lutte contre les ITSS, on souhaite avoir un impact à long terme sur les comportements de la population (MSSS, 2004b). Pour y parvenir, on ne doit pas seulement agir sur le plan de la prévention de ces maladies; on doit aussi investir du temps et de l'énergie dans la promotion de la santé générale et sexuelle (MSSS). On pourra aussi préconiser des approches qui renforcent l'efficacité personnelle, qui portent sur la norme comportementale ou qui visent à réduire les obstacles à l'utilisation de moyens de contraception de type barrière (MSSS). Les professionnels de la santé en première ligne ont un rôle important à jouer : sensibilisation, renforcement du potentiel pour le changement de comportement et promotion de l'éducation à la sexualité. Ils doivent aussi faire preuve de leadership clinique pour promouvoir et appliquer les lignes directrices spécifiques aux ITS auprès de leurs collègues (MSSS). En fin de compte, les IPSPL et les médecins doivent connaître les facteurs de risques des différentes ITS pour intervenir, dépister et amorcer un traitement précoce (MSSS).

Selon Dion (2006), un *counselling* préventif lié à la santé sexuelle est approprié et comportera plusieurs aspects : méthodes de contraception, modes de transmission des ITSS et moyens pour diminuer les risques de contracter une ITSS. Selon les facteurs de risque, on proposera la vaccination contre l'hépatite A et on vérifiera si la personne est protégée contre l'hépatite B. On encouragera les patients à adopter et à maintenir des comportements sexuels à risque réduit. Il sera pertinent d'évaluer les obstacles au changement de comportement et de défaire les mythes ou les croyances contraignantes.

Lorsqu'un changement de comportements liés à la santé est requis, l'entretien motivationnel bref est approprié (Forcier & Garofalo, 2013; Golay, Lagger, & Giordan, 2009). Tout en faisant preuve d'empathie, il faut guider l'adolescent dans son cheminement et le responsabiliser de façon non directive. On pourrait aider Mme Lévy à se fixer des objectifs réalistes, facilement atteignables, et à élaborer des stratégies pour atteindre ces objectifs (DSP et al., 2005). Une approche visant la réduction des méfaits serait pertinente (Forcier & Garofalo; Société canadienne de pédiatrie, 2008). On pourrait ainsi lui suggérer, dans un premier temps, de s'assurer d'avoir des condoms en sa possession en tout temps et de faire un dépistage d'ITSS à tous les trois à six mois. D'autres objectifs seront ajoutés par la suite. Dans la lutte contre les ITSS, il ne faut pas seulement intervenir au plan individuel; il faut aussi tenir compte des facettes psychosociales et environnementales qui font partie de cette problématique sociétale (MSSS, 2004b). La promotion de la santé va de pair avec la prévention des maladies.

Lorsqu'un dépistage des ITSS est indiqué, un *counselling* prétest est requis pour favoriser une prise de décision libre et éclairée (Dion, 2006). L'évaluation approfondie des facteurs de risque permettra de déterminer sur quelles infections doit porter le dépistage. À cet effet, les CDC (2010) proposent une série de questions pertinentes permettant d'étayer l'HMA : partenaires, prévention de la grossesse, prévention des ITS, pratiques sexuelles et passé (figure 7 à l'appendice I). On renseignera le patient sur la nature des infections à dépister, sur les tests de dépistage, sur la signification des résultats, sur les limites de ces tests, sur les avantages et les inconvénients du dépistage,

sur le caractère confidentiel et sur les modalités entourant les MADO (Dion, 2006). On devra aussi insister sur la nécessité d'une visite de suivi pour l'annonce des résultats.

Advenant un résultat positif à une ITSS, il faut rapidement procéder à une visite de suivi (Fournier, Laberge, & Venne, 2006). Il est recommandé de faire un retour sur le *counselling* préventif donné précédemment, en particulier sur les facteurs de risque qui ont été décelés (Dion, 2006). On fera aussi un retour sur le type de tests de dépistage qui ont été effectués avant d'annoncer clairement le diagnostic (Dion). Il est important de tenir compte du niveau de détresse psychologique et des connaissances du patient avant de poursuivre avec un *counselling* post-test; la personne doit être en mesure de recevoir les informations que nous voulons lui transmettre (Dion).

On discutera des signes et symptômes de l'ITSS diagnostiquée, ainsi que des complications potentielles (Dion, 2006; Fournier et al., 2006). Un traitement sera prescrit, conformément aux lignes directrices (Fournier et al.) On renseignera le patient sur le Programme québécois de gratuité des médicaments pour les maladies transmissibles sexuellement, qui permet de favoriser l'accès au traitement (Fournier et al.; MSSS, 2004b). On insistera sur l'importance de suivre le traitement prescrit jusqu'à la fin (Dion; Fournier et al.). Un retour sur les modes de transmission des ITSS et la possibilité d'une réinfection seront aussi abordés (Dion). Pour prévenir la réinfection, on doit aviser le patient atteint de la trichomonase ou d'une ITS bactérienne, telles que la chlamydia ou la gonorrhée, de ne pas avoir de relations sexuelles non protégées avec son

partenaire dans les 7 jours suivant la fin de leur traitement respectif (ASPC, 2010a; Dion; INESSS, 2013a, 2013b; Marrazzo, 2013a; CDC, 2010).

Enfin, on évaluera si une visite de suivi est nécessaire (Dion, 2006; Fournier et al., 2006). On offrira au besoin de la documentation sur le sujet. Le patient qui vit une détresse psychologique pourrait avoir besoin de soutien additionnel. On pourra au besoin l'orienter vers l'accueil psychosocial du Centre local de services communautaires [CLSC] le plus près. Selon la nature de l'ITSS, on abordera la notification aux partenaires et on fera la déclaration obligatoire (Dion; Fournier et al.). Afin de faciliter les démarches, on renseignera le patient sur les services offerts pour le guider (Fournier et al.) et on pourra lui remettre le document *Entre caresses et baisers, une ITS s'est faufilée... Il faut en parler!* (MSSS, 2005).

Cervicite mucopurulente causée par une ITSS. La chlamydia et la gonorrhée font partie des ITS-MADO (INESSS, 2013). Ce sont des ITSS prioritaires qui sont visées par le Programme québécois d'intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une infection transmissible sexuellement et auprès de leurs partenaires [IPPAP] (Fournier et al., 2006; MSSS, 2004a). Tous les partenaires sexuels doivent être traités et devraient subir un dépistage des ITSS (Porter & Kaplan, 2011; Hainer & Gibson, 2011; Sobel, 2013d; Marrazzo, 2013a). En cas de chlamydia ou de gonorrhée, on doit notifier les partenaires sexuels des 60 jours précédant le début des symptômes ou le diagnostic (ASPC, 2010a; Fournier et al.; INESSS, 2013 a, 2013b). S'il n'y a eu aucun partenaire sexuel dans les deux derniers mois, on doit aviser le dernier partenaire.

Le *counselling* initial devrait aborder le sujet de l'intervention préventive auprès des partenaires, dès la première rencontre avec le patient (Fournier et al.).

Chez les femmes souffrant de cervicite, un traitement empirique contre la chlamydia et la gonorrhée est recommandé dès la première visite (Marrazzo, 2013a). Une des problématiques liées à la gonorrhée est la résistance aux antibiotiques; certaines souches ont une sensibilité réduite aux céphalosporines (INESSS, 2013a, 2013b; MSSS, 2014). De plus, cela concernerait maintenant aussi l'azithromycine (MSSS). Les quinolones ne devraient plus être utilisées comme traitement de la gonorrhée (INESSS, 2013b; Marrazzo; Porter & Kaplan, 2011). Les praticiens doivent donc être vigilants.

Puisque la coinfection de la gonorrhée et de la chlamydia est fréquente, et que, malgré des résultats négatifs aux tests diagnostiques il y a une possibilité d'infection sur un site non prélevé, il est recommandé de prescrire un traitement pour les deux infections (INESSS, 2013a, 2013b). De plus, afin de détecter une réinfection, toutes les personnes ayant été traitées pour une chlamydia ou une gonorrhée devraient subir un dépistage 6 mois plus tard (ASPC, 2010a; CDC, 2012; INESSS).

La mise à jour des lignes directrices américaines, en 2012, et les articles scientifiques issus d'*UpToDate* sont unanimes concernant le traitement pharmacologique de la chlamydia et de la gonorrhée, ou de la cervicite le cas échéant : une dose unique de 250 mg de ceftriaxone intramusculaire combinée à une dose unique orale d'un gramme d'azithromycine (CDC, 2012; Marrazzo, 2013a; Mayor et al., 2012). On peut donner une dose orale de 400 mg de cefixime en remplacement de la

ceftriaxone (figure 9 à l'appendice J). On peut aussi remplacer l'azithromycine, qui doit être utilisée en préférence à cause de la résistance aux antibiotiques, par 100 mg oraux de doxycycline deux fois par jour pendant une semaine (CDC; Marrazzo; Mayor et al.).

Les lignes directrices canadiennes et québécoises diffèrent quelque peu et sont plus spécifiques (figure 10 à l'appendice J); elles reflètent la situation actuelle au Canada et au Québec. Le traitement de premier choix pour la cervicite mucopurulente est une dose orale unique d'un gramme d'azithromycine combinée à une dose orale unique de 800 mg de cefixime; c'est le double de la dose recommandée de cefixime aux États-Unis et dans *UpToDate* (ASPC, 2010a; INESSS, 2013b). Le traitement de deuxième choix pour la cervicite est la doxycycline pendant une semaine combinée à la dose unique de cefixime. Une alternative est aussi suggérée en cas d'allergie à la pénicilline (INESSS).

Le traitement de la gonorrhée est le même que pour la cervicite, mais on peut remplacer la cefixime par une dose unique de 250 mg de ceftriaxone intramusculaire (ASPC, 2010a; INESSS, 2013b). Les traitements suggérés pour la chlamydia sont plus variés (figure 11 à l'appendice J) : l'azithromycine en dose unique orale demeure le traitement de choix, mais on peut la remplacer par un traitement oral d'une semaine avec la doxycycline ou l'ofloxacine (ASPC; INESSS). En cas de gonorrhée, on traite aussi pour la chlamydia. Toutefois, en cas de chlamydia on ne traite pas d'emblée pour la gonorrhée (INESSS). Un test de contrôle de l'efficacité du traitement n'est requis que si les symptômes persistent, si on doute de l'observance au traitement ou si l'on soupçonne une réinfection par un partenaire non traité (ASPC; INESSS; CDC, 2010).

La notification aux partenaires fait partie du processus thérapeutique, car on cherche à diminuer le risque de réinfection par un partenaire non traité ainsi que la chaîne de transmission des ITSS (ASPC, 2010a). Une nouvelle méthode de notification aux partenaires est abordée chez plusieurs auteurs : la thérapie expédiée par le partenaire (ASPC; Porter & Kaplan; CDC, 2010). Il s'agit de donner les médicaments ainsi que les renseignements appropriés aux patients chez qui on a diagnostiqué une ITSS. Ces patients vont remettre le traitement, qui est présomptif, à leurs partenaires. Cette méthode est controversée, mais elle pourrait permettre d'amorcer un traitement rapidement et de briser la chaîne de transmission.

Trichomonase. Tout comme pour la chlamydia et la gonorrhée, le traitement de la trichomonase nécessite de traiter le ou les partenaires sexuels (ASPC, 2010a). Une thérapie expédiée par le partenaire pourrait être indiquée, car les hommes sont souvent asymptomatiques et ne viennent pas consulter (Sobel, 2013d; CDC, 2010). Le risque de réinfection par un partenaire non traité est élevé. Il faut aussi évaluer les facteurs de risque et envisager un dépistage des autres ITSS, telles que la gonorrhée, la chlamydia, la syphilis, le VIH et l'hépatite B (ASPC; Porter & Kaplan, 2010).

Les lignes directrices canadiennes privilégient un traitement de métronidazole sans toutefois en préciser la posologie (ASPC, 2010a, 2010b). Les articles scientifiques sont unanimes : un traitement unique oral avec deux grammes de tinidazole ou de métronidazole est efficace (Marrazzo, 2013a; Porter & Kaplan, 2011; Sobel, 2013d). Une mise à jour des lignes directrices américaines en 2012 recommande de poursuivre le

même traitement sur deux jours (CDC, 2012). Ce traitement pourrait être remplacé par un traitement oral d'une semaine avec 500 mg de métronidazole deux fois par jour (Marrazzo; Sobel; CDC). L'efficacité de la tinidazole et de la métronidazole serait équivalente, mais la tinidazole serait mieux tolérée (Sobel). À la lumière de ces informations, les deux médicaments semblent appropriés en dépit du manque de précision dans les lignes directrices canadiennes.

La métronidazole peut entraîner des effets secondaires, tels que la leucopénie, une interaction importante avec l'alcool et une CVV (Porter & Kaplan). On doit aviser les patients à qui on prescrit le traitement de ne pas consommer d'alcool pendant le traitement, 24 heures après la fin du traitement avec la métronidazole et 72 heures après la fin du traitement avec la tinidazole (ASPC, 2010a; Sobel; CDC, 2010). Il n'est pas recommandé de faire un dépistage à la fin du traitement, sauf si les symptômes persistent (CDC). Toutefois, un dépistage serait approprié trois mois après l'épisode, à cause de haut pourcentage de réinfection. Cela nous démontre à quel point il est important d'intervenir au niveau du système familial pour prévenir les risques de réinfection.

Interventions spécifiques à l'hypothèse familiale systémique retenue

Selon Forcier et Garofalo (2013), l'adolescence est une période d'adaptation et d'apprentissage; les jeunes doivent réussir à comprendre leur sexualité dans un environnement psychosocial complexe. C'est un défi pour la famille et pour les intervenants, qui souhaitent aider les adolescents à adopter des comportements sains. Des conflits peuvent émerger entre les jeunes et leur famille, leurs pairs et les normes de

la société. Les jeunes adultes de 18 ans et plus sont généralement plus matures et comprennent mieux les conséquences de leurs actions. Chacko (2013), ajoute qu'ils sont plus enclins à utiliser le condom s'ils comprennent que ce moyen de contraception prévient les ITSS, s'ils ont des condoms en leur possession, s'ils ne sont pas embarrassés d'en faire l'usage et s'ils perçoivent le risque de contracter une ITSS. Rappelons-nous aussi qu'ils sous-estiment souvent les risques inhérents aux ITSS et ont parfois des croyances contraignantes face aux méthodes de contraception (Newby et al., 2012). Selon Secor-Turner, McMorris, Sieving, et Bearinger (2013), l'inconstance dans l'utilisation du condom et les partenaires sexuels multiples chez les adolescentes sont liés à l'instabilité individuelle et familiale au cours de l'adolescence. Toutefois, les influences sociales peuvent avoir plus d'impact que les risques individuels.

Les adolescents qui ont l'intention d'utiliser le condom lors d'une relation sexuelle ont plus de chance de le faire le temps venu (Newby, Brown, French, & Wallace, 2013). Lors d'un grand écart d'âge entre les partenaires, le condom est moins utilisé (Staras et al., 2013); les adolescentes ayant un partenaire plus âgé ont deux fois plus de risque de devenir actives sexuellement plus tôt et de tolérer des comportements sexuels à risque (Morrison-Beedy, Xia, & Passmore, 2013). Celles-ci auraient peur d'une réaction colérique si elles demandent à leur partenaire d'utiliser un condom et croient que cela exprime implicitement une infidélité (Morrison-Beedy et al., 2013). La consommation d'alcool est associée à une moindre utilisation du condom; l'adolescente sera plus encline à laisser son partenaire décider du type de relation et de l'utilisation

d'un préservatif (Masters et al., 2014; Woodrome, Zimet, Orr, & Fortenberry, 2006). Par ailleurs, les jeunes femmes qui ont été victimes de sévices sexuels à l'âge adulte sont plus à risque de se plier aux préférences de leurs partenaires (Masters et al., 2014).

En 2010, les autres provinces canadiennes n'avaient rien à envier aux jeunes Québécois âgés de 15 à 24 ans en matière d'utilisation du condom. Selon Rotermann (2012), le pourcentage de jeunes ayant utilisé un condom lors de leur dernière relation sexuelle était de 67,9 % au Canada contre 59,9 % au Québec. Les jeunes Québécois ont eu plus de partenaires sexuels que la moyenne de leurs compatriotes. Cette différence pourrait être expliquée par le fait que la pilule contraceptive est couverte par la Régie de l'assurance maladie du Québec [RAMQ]. Au Canada, les filles avaient moins de partenaires sexuels que les garçons, mais elles utilisaient moins le condom. Les jeunes de 18 à 19 ans étaient ceux qui avaient le plus de partenaires sexuels multiples.

La mortalité et la morbidité durant l'adolescence sont grandement attribuables aux comportements à risque liés à la santé, alors que ceux-ci peuvent être prévenus (Weiss, 2007). La plupart de ces comportements sont amorcés à l'adolescence et vont se perpétuer à l'âge adulte; des problématiques de santé pourraient en résulter à long terme (Weiss). Cela démontre toute l'importance de la prévention au début de l'adolescence pour favoriser un développement sain et une santé optimale. Sachant que la famille revêt une importance capitale dans la prévention des comportements sexuels à risque, l'IPSPL devra évaluer les éléments du système familial qui lui semblent les plus prioritaires et réalistes dans le cadre de l'EMP, en lien avec son hypothèse entourant le couple.

Elle devra prendre le temps de faire le génogramme, l'écocarte et le diagramme de liens, afin d'évaluer respectivement la structure interne, la structure externe et le développement (Wright & Leahey, 2014). Elle devra évaluer la dynamique au sein du couple : type de relation, intention d'utiliser le condom lors des relations, communication circulaire et influence de pouvoir (Bonacquisti & Geller, 2012). Une question axée sur les différences comportementales serait pertinente : qui de ton conjoint ou toi initie les relations sexuelles ou décide du moyen de contraception à utiliser? Selon la réponse, une question axée sur l'effet d'un comportement serait aussi appropriée : que dis-tu à ton partenaire quand il insiste pour avoir une relation sexuelle même si vous n'avez pas de condom? Elle devra aussi s'attarder aux facteurs de risque du ou des partenaires (Bonacquisti & Geller; Swartzendruber et al., 2013) ainsi qu'à l'âge et au nombre de partenaires (Morrison-Beedy et al., 2013). Elle pourra vérifier si Mme Lévy a déjà été victime de sévices sexuels. Ces informations lui permettront de valider son hypothèse familiale. Dans une vision holistique, il sera important de déterminer et de discuter avec Mme Lévy des barrières à l'utilisation du condom (Bonacquisti & Geller; Staras et al., 2013; Swartzendruber et al.).

Une attitude respectueuse et non moralisatrice sera de mise pour discuter des comportements sexuels à risque adoptés (Morrison-Beedy et al.). L'IPSPL amorcera une discussion portant sur une sexualité en santé dès qu'elle percevra une ouverture de la part de Mme Lévy (Bonacquisti & Geller, 2012; Weiss, 2007). Elle devra faire preuve d'écoute active et d'empathie (DSP et al., 2005; Richard & Lussier, 2005). Elle devra

notamment faire des reflets, reformuler et s'assurer que son comportement non verbal est invitant. Au besoin, elle légitimera les sentiments ou les comportements de Mme Lévy, pour lui démontrer son empathie (Wright & Leahey, 2014). En l'absence du partenaire, il faut demeurer neutre; l'IPSPL devra faire preuve de curiosité (Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin, Prata, 1983). Il sera crucial d'établir un lien de confiance en démontrant beaucoup d'ouverture; on veut éviter que Mme Lévy soit sur la défensive ou se sente jugée. L'IPSPL pourra compléter ses interventions familiales avec une approche motivationnelle et des stratégies de réduction des méfaits (Bonacquisti & Geller; Morrison-Beedy et al.; Société Canadienne de Pédiatrie, 2008).

Plusieurs interventions familiales sont pertinentes, mais elles ne pourront pas toutes être appliquées à la première rencontre. Initialement, par respect de la circularité, il sera pertinent de poser des questions systémiques à Mme Lévy, telles que celles qui ont été nommées plus haut (Wright & Leahey, 2014). Au besoin et si cela est approprié, elle pourra refléter des forces du couple. Le but sera de développer une relation thérapeutique et de créer un lien de confiance avec Mme Lévy tout en lui redonnant un contrôle sur sa vie de couple. On devra également, lors de ce premier entretien, sensibiliser Mme Lévy aux conséquences à court et à long terme advenant l'adoption ou le maintien de comportements sexuels à risque (Masters et al., 2014; Morrison-Beedy et al., 2013; Newby, Brown et al., 2013) et la consommation d'alcool (Masters et al.).

Lors de rencontres subséquentes, on souhaitera l'aider à augmenter sa capacité à négocier ou à instaurer le port du condom en développant ses habiletés

communicationnelles et son processus décisionnel (Masters et al.; Morrison-Beedy et al.; Newby, French, Brown, & Wallace, 2013; Swartzendruber et al., 2013). Selon son ouverture, on pourra lui proposer un menu d'options individualisées adapté à ses besoins, dans le but de lui redonner du contrôle sur sa vie sexuelle (Bonacquisti & Geller, 2013; Morrison-Beedy et al.). On pourra, par exemple, lui suggérer l'utilisation du condom féminin comme alternative au condom masculin. Selon son intérêt et sa motivation, il sera approprié de lui offrir de l'information spécifique sur une sexualité en santé (Newby, Brown, et al., 2013). Si elle anticipe une réaction négative de la part de son partenaire concernant l'utilisation du condom, il serait important de faire un recadrage (Masters et al.). Éventuellement, il serait important de suggérer à Mme Lévy que son conjoint assiste à une rencontre, afin de mieux évaluer la dynamique familiale. Il pourrait être plus aisé de valider leurs perceptions et leurs croyances contraignantes, et le cas échéant, de faire un recadrage (Masters et al.).

L'IPSPL ne fait pas que traiter une ITSS ou prescrire une contraception. D'un point de vue holistique, elle évalue les facteurs socioculturels, les problématiques relationnelles, les facteurs psychologiques et les conditions médicales (Zielinski, 2013). Cela teintera son approche collaborative ainsi que sa vision des dimensions éthiques et des aspects légaux.

Collaboration interprofessionnelle, dimensions éthiques et aspects légaux

Collaboration interprofessionnelle

Lorsque l'on travaille en interdisciplinarité, il est pertinent de se questionner sur ce qui relève du champ d'expertise de l'infirmière clinicienne, de l'IPSPL, du médecin partenaire ou d'une autre discipline. Cela nous permet de bien déterminer qui peut le mieux répondre aux besoins de santé de nos patients. L'ITS probable de Mme Lévy relève d'une problématique de comportements sexuels à risque qui a des impacts sur plusieurs facettes de sa vie. Une approche collaborative centrée sur la patiente s'avère souhaitable pour combler ses besoins de santé spécifiques (Brûlé & Cloutier, 2002).

Pour ce qui est du volet infirmier et médical, l'IPSPL peut agir de façon autonome avec Mme Lévy. En cas de doute, si l'intervention dépasse ses compétences, si la patiente ne répond pas au traitement de façon optimale ou si l'état de santé de celle-ci se détériore, elle se référera à son médecin partenaire. Par exemple, des signaux d'alarme tels que des signes d'infection systémique, une suspicion d'AIP, des signes de sévices sexuels ou la découverte de signes et symptômes témoignant d'une maladie chronique non diagnostiquée nécessiteraient une évaluation du médecin partenaire, selon le champ de pratique de l'IPSPL.

Il est toujours possible d'orienter ce type de clientèle vers des services spécialisés et adaptés à leurs besoins : par exemple les Services intégrés de dépistage et de prévention des ITSS [SIDEPE] ou la clinique jeunesse (Dion, 2006). Toutefois, cela pourrait ne pas être approprié si on a de la difficulté à obtenir un lien de confiance avec Mme Lévy. Une fois la relation thérapeutique établie, il sera plus facile d'aider la

patiente à cheminer tout en respectant ses besoins et ses choix. Si on lui ferme notre porte, il se peut qu'elle ne revienne plus consulter. Dans cette optique, il serait plus prudent de ne pas diriger la patiente vers l'infirmière clinicienne pour de l'enseignement ou du *counselling*. On doit saisir l'opportunité avec Mme Lévy quand elle est prête. On pourrait toutefois lui faire savoir que de tels services existent.

Après l'annonce du diagnostic d'ITSS, il est possible que Mme Lévy vive une détresse psychologique. De plus, il ne faut pas négliger que les ruptures amoureuses suivant un diagnostic de chlamydia sont fréquentes (O'Farrell & Weiss, 2013). Elle pourrait aussi avoir un choc émotif si son couple est en péril. Il sera donc important, le cas échéant, d'orienter Mme Lévy vers l'accueil psychosocial du CLSC ou vers une psychothérapeute. Il se pourrait aussi que l'IPSPL atteigne ses limites avec l'approche familiale auprès de cette cliente et de son conjoint. Selon l'intérêt de Mme Lévy, il pourrait être intéressant de la référer à une sexologue.

La collaboration avec la Direction de la santé publique [DSP] sera requise advenant le diagnostic d'une ITS-MADO. Cela pourrait soulever des considérations éthiques entourant la confidentialité et le respect de la vie privée.

Dimensions éthiques

Lors de la déclaration obligatoire d'une ITS-MADO, il est essentiel d'aviser les patients que les renseignements seront seulement fournis aux autorités de la santé publique. Il faut les rassurer sur le caractère confidentiel des données qui les concernent,

surtout quand l'on pense que c'est l'une des premières préoccupations des jeunes qui viennent consulter pour des symptômes d'ITSS (ASPC, 2010a). Il serait regrettable de briser le lien de confiance qui nous unit à notre patiente. Le respect de la vie privée est un principe souvent jugé inviolable alors que certaines exceptions font l'objet d'une législation. Suivant le principe de non-malfaisance, il faut toutefois porter une attention particulière aux conséquences néfastes qui pourraient survenir, telles que le risque de stigmatisation et de violence familiale (MSSS, 2006). On devrait s'assurer de prendre les mesures nécessaires pour minimiser les risques que cela survienne. Somme toute, le principe qui est recherché est la bienfaisance (MSSS, 2006).

En santé publique, un autre principe se doit d'être considéré : l'autonomie. On se doit de respecter l'autonomie de Mme Lévy en ce qui a trait aux examens diagnostiques et aux traitements, tel que nous le verrons plus loin dans les aspects légaux. Le respect de l'autonomie est aussi valable pour les changements des habitudes de vie et des comportements sexuels à risque. Bien que cela puisse heurter nos propres valeurs, il faut agir avec professionnalisme. Cela ne nous saurait toutefois nous exempter de fournir l'information requise pour un consentement libre et éclairé (MSSS, 2006). De plus, des interventions pourraient s'avérer nécessaires.

Lorsqu'un diagnostic d'ITSS est posé, on doit immédiatement penser à la notification aux partenaires, qui est essentielle dans la lutte contre ce type d'infection. Par les ITS-MADO et par l'IPPAP, on recherche le bien commun; on fait appel à la solidarité et à la responsabilité individuelle envers la société, en dépit des contraintes

imposées (MSSS, 2006). Il sera important de sensibiliser Mme Lévy aux bénéfices de cette démarche pour briser la chaîne de transmission des ITSS (ASPC, 2010a; MSSS, 2004a, 2004b). Il faut l'aider à prendre une décision libre et éclairée en l'informant de ses droits et des droits de ses partenaires. Advenant un refus, on doit respecter sa décision et poursuivre l'offre de services, puisqu'il n'y a aucune obligation légale de participer à l'IPPAP (MSSS, 2004a). Cela pourrait faire émerger un dilemme éthique ou heurter les valeurs des professionnels. Toutefois, il faut agir par respect de la dignité humaine et éviter de porter des jugements (MSSS, 2006). Il faut tenir compte de la vulnérabilité de ces personnes et des raisons qui justifient leurs choix. Au besoin, on consultera un collègue expérimenté pour nous aider à accompagner cette clientèle tout en respectant nos limites personnelles. Il faudra également se référer aux lois et aux règlements en vigueur (MSSS, 2006). Les dimensions éthiques et les aspects légaux sont souvent indissociables.

Aspects légaux

Selon le Code civil, les professionnels ne peuvent pas procéder à des prélèvements sans consentement, à moins qu'il ne s'agisse d'une urgence, par respect de l'intégrité physique et de l'autonomie. Cela n'est clairement pas le cas pour une ITSS (MSSS, 2006). Il est donc impératif de s'assurer d'obtenir un consentement libre et éclairé de la part de Mme Lévy : âge légal de 14 ans, aptitude à consentir, information reçue et comprise, questions répondues de façon satisfaisante et accord donné (MSSS). Les infirmières et les médecins sont des professionnels de la santé qui sont régis par le

Code des professions, par la Loi médicale et par la Loi sur les infirmières et les infirmiers (MSSS). Les articles 40 et 41 de la section III du Code de déontologie des infirmières et infirmiers sont clairs : « [on] doit fournir [...] toutes les explications nécessaires à la compréhension des soins et des services [qui sont prodigués] » et « [dans] l'obligation d'obtenir un consentement libre et éclairé, [on] doit fournir au client toutes les informations requises » (Gouvernement du Québec, 2008). En tant qu'infirmière, l'IPSPL devra s'assurer de mettre ses compétences à jour afin de donner des soins de qualité à ses patients, selon les résultats probants. Elle devra aussi s'assurer d'agir de façon compétente en respectant ses obligations professionnelles; elle devra tenir compte de ses limites et au besoin se référer à un autre professionnel de la santé (Gouvernement du Québec).

Dans cette perspective, l'IPSPL doit avoir une connaissance approfondie des lignes directrices qui encadre sa profession. Dans la situation clinique fictive de Mme Lévy, l'IPSPL peut agir de façon autonome pour évaluer, diagnostiquer, traiter et faire le suivi d'une ITSS, puisque c'est un problème de santé courant (OIIQ & CMQ, 2013). Elle peut ainsi prescrire les examens diagnostiques et les médicaments appropriés, le cas échéant (OIIQ & CMQ). Au besoin, elle fera appel au médecin partenaire, selon les modalités précisées dans la section collaboration.

Parlant de collaboration, il est essentiel de faire un retour sur la législation qui entoure les ITS-MADO et l'IPPAP. Parmi les six ITS-MADO, celles qui nous intéressent dans le cas de Mme Lévy sont l'infection gonococcique et l'infection à

Chlamydia trachomatis (MSSS, 2014). Ce sont également les ITS-MADO qui sont priorisées dans l'IPPAP (MSSS, 2004a). Bien qu'elles soient des MADO, ce ne sont pas des maladies à traitement obligatoire [MATO]; une personne infectée n'est pas tenue légalement de se faire traiter ni d'aviser ses partenaires (MSSS, 2004a, 2014). Toutefois, selon le Code civil du Québec, il est défendu de causer des préjudices ou de nuire aux autres de façon excessive (MSSS, 2014). Toujours selon le Code civil, lorsqu'ils sont avisés de leur risque d'infection, les partenaires n'ont pas l'obligation légale d'aller consulter ou de se faire traiter (MSSS, 2004a, 2014).

Les infirmières et les médecins, quant à eux, sont tenus légalement par la Loi sur la santé publique et le Règlement d'application ministériel de la Loi sur la santé publique, de faire la déclaration des ITS-MADO à la DSP dans les 48 heures suivant le test positif (Gouvernement du Québec, 2003; MSSS, 2001, 2014). Ils sont également tenus de respecter le secret professionnel et le consentement (MSSS, 2014). Bien que la législation entourant les ITS-MADO prévoit une dérogation à la confidentialité et au respect de la vie privée, elle assure un encadrement afin de minimiser l'atteinte aux droits des individus, tels que Mme Lévy (MSSS, 2006). La compréhension des aspects légaux ainsi que des dimensions éthiques qui s'y rattachent requiert une attention particulière de la part des IPSPL, si elles veulent exercer un leadership clinique et faire connaître leur profession au sein de leur milieu de travail.

Conclusion

En somme, la première partie de l'essai a permis de bien contextualiser l'EMP chez l'adolescent ainsi que la problématique entourant les comportements sexuels à risque et les ITSS chez cette clientèle. La recension des écrits a mis en lumière les interventions pertinentes en lien les hypothèses diagnostiques et le pattern de communication circulaire, tous en lien avec les ITSS. La mise en situation clinique fictive a nécessité une démarche systématique pour intégrer des concepts-clés liés aux sciences médicales et infirmières : l'utilisation de données probantes, les processus décisionnels, l'analyse critique et l'élaboration d'hypothèses diagnostiques. Des principes essentiels dont il faut tenir compte lors d'entrevues et d'interventions avec la clientèle adolescente ont aussi été abordés.

Tous les concepts explorés dans cette partie de l'essai permettront d'outiller l'étudiante lors de ses stages. Celle-ci pourra mettre à profit ses nouvelles connaissances, mettre en pratique ses compétences et se servir d'outils issus de données probantes. Cela lui permettra de donner des soins de qualité et d'intervenir efficacement auprès de la clientèle adolescente présentant un problème de santé similaire. L'étudiante IPSPL pourra intégrer sa vision holistique des soins infirmiers. Finalement, il sera primordial d'accorder une place de choix à la dimension familiale dans des situations de soins qui se veulent de plus en plus complexes. La deuxième partie de l'essai visera donc à intégrer les dimensions explorées dans la première partie.

Partie II

Introduction

La formation des IPSPL les mène inévitablement à la dernière étape de leur cheminement universitaire : les stages cliniques en soins de première ligne. En tant qu'infirmières hybrides, cela leur permet de mettre en application les connaissances acquises lors des cours de PIA, démontrant ainsi l'importance et la complémentarité des sciences infirmières et médicales.

L'essai clinique témoigne de ces connaissances et de l'utilisation d'une pratique réflexive, pour donner des soins de qualité issus de résultats probants. La deuxième partie de l'essai visera à présenter une démarche clinique portant sur les comportements sexuels à risque chez les jeunes femmes, lors d'activités de prévention clinique, dans le cadre du stage de la maîtrise en sciences infirmières.

Cette portion de l'essai débutera par une description de la situation clinique réelle, tout en présentant une comparaison avec la situation clinique fictive. Par la suite, un complément à la recension des écrits permettra d'approfondir les connaissances en lien avec le cancer du col utérin et d'intégrer brièvement l'EMP chez la clientèle adulte, en insistant sur les nouveautés en 2015. C'est donc avec une meilleure compréhension que sera présentée la démarche clinique réalisée en temps réel, incluant la rédaction de la note au dossier. Finalement, une réflexion critique sera apportée, afin de faire ressortir les forces, les améliorations souhaitées, les alternatives aux interventions effectuées ainsi qu'un résumé des savoirs qui ont été mobilisés tout au long de la démarche. La conclusion présentera l'apport de la PIA et des IPSPL à cette situation de soins.

Description de la situation clinique réelle et comparaison avec la situation fictive

À l'instar de la première partie de l'essai, la deuxième partie s'amorcera par un bref retour sur la situation clinique fictive, suivi de la description contextuelle de la situation clinique réelle. Ensuite, les deux situations cliniques seront comparées. Par respect de la confidentialité, les noms utilisés sont purement fictifs.

Tout d'abord, rappelons-nous les aspects sociaux culturels et le contexte de la consultation médicale de la patiente fictive, nommée Marie-Pier. Cette jeune femme de 18 ans consultait seule dans le cadre d'un EMP avec une plainte de symptômes gynécologiques, soit une dyspareunie et des pertes vaginales anormales. Elle avait eu plusieurs partenaires sexuels durant la dernière année et utilisait le contraceptif oral Alesse. Elle avait une attitude directive avec l'IPSPL durant l'entrevue. D'origine québécoise, elle vivait avec sa mère et n'avait plus de contact avec son père. Elle avait complété son 5^e secondaire en retard et travaillait en restauration rapide.

Pour présenter la patiente réelle, imaginons-nous dans ce qui pourrait être le futur de Marie-Pier. En effet, Mélanie, qui est âgée de 29 ans, est une jeune mère monoparentale de deux garçons issus de deux unions différentes. Elle a des antécédents de chlamydia, de VB, de diabète gestationnel et a fait une fausse couche entre ses deux enfants. Depuis 2001, elle a consulté à maintes reprises pour passer des tests de grossesse, demander la pilule du lendemain et faire des dépistages d'ITSS. Elle a un partenaire stable depuis 5 mois, mais a eu de multiples partenaires sexuels au cours des dernières années ainsi que plusieurs relations d'un soir. Toutefois, elle a rarement utilisé le condom et a un stérilet Mirena. Elle a une garderie en milieu familial privée, qui

constitue dans son cas un travail instable avec un revenu précaire, et a d'ailleurs eu besoin de l'aide sociale à plusieurs reprises. De plus, elle n'a fait aucune étude ou formation post-secondaire. Elle fume, consomme occasionnellement de la marijuana et fait parfois du *binge drinking* la fin de semaine. Elle consulte pour un suivi d'anomalie cytologique détectée en novembre 2014, lors de son EMP.

À la lumière de ces informations, comparons les deux situations. Les deux jeunes femmes prennent un contraceptif hormonal, ont des facteurs de risque d'ITSS ainsi que des patterns de relations monogames successives et de relations d'un soir. Elles ont un statut socioéconomique faible, ce qui est un facteur de risque d'acquisition des ITSS (Zenilman, 2013). De plus, on présume que l'utilisation du condom est sous-optimale et qu'elles n'ont pas un plein contrôle sur cet aspect de leur vie sexuelle, ce qui les met à risque d'ITSS (Zenilman). Les femmes qui ont un partenaire régulier ont moins l'intention d'utiliser le condom et celles qui en ont l'intention ne le font pas de façon constante (Bonacquisti & Geller, 2012; Gebhardt et al., 2009; Lescano et al., 2006; Staras et al., 2013). Vu leur différence d'âge, elles sont à des étapes différentes de leur vie : alors que Marie-Pier semble osciller entre les stades du jeune adulte célibataire et du nouveau couple, Mélanie est au stade de la famille avec jeunes enfants et, possiblement, de l'union des familles par l'union libre (Wright & Leahey, 2014). De plus, alors que Marie-Pier rencontre des difficultés relationnelles avec ses parents, Mélanie entretient une bonne relation avec les siens. Les raisons de consultation sont différentes; Mélanie pourrait faire l'objet d'un dépistage des ITSS bien qu'elle ne

présente aucun symptôme, contrairement à Marie-Pier. Finalement, Mélanie fume. Pour mieux illustrer les comparaisons décrites, un tableau résumé est présenté à la page suivante.

Tableau 8

Comparaison entre les situations cliniques fictive et réelle

Situation fictive : Marie-Pier	Situation réelle : Mélanie
Femme de 18 ans sans enfant	Femme de 30 ans G ₃ P ₂ A ₁
Aucun antécédent présumé	Antécédent de chlamydia et de VB
Consulte pour symptômes d'ITSS	Consulte pour suivi de cytologie
Facteurs de risque d'ITSS présumés	Facteurs de risque d'ITSS confirmés
Pattern de relations monogames successives et/ou relations d'un soir présumé	Pattern de relations monogames successives et de relations d'un soir
Contraceptif : Alesse	Contraceptif : stérilet Mirena
Fille unique dans une famille monoparentale composée de sa mère et d'elle-même, sans contact avec son père	Mère à la tête d'une famille monoparentale ou récemment reconstituée avec son ex-conjoint, bonnes relations avec ses parents
Statut socioéconomique faible	Statut socioéconomique faible
Stade : famille dont les enfants quittent le foyer, jeune adulte célibataire vs nouveau couple	Stade : famille avec jeunes enfants, union des familles par l'union libre

Les différences relevées nous permettent d'orienter le complément de la recension des écrits. Dans la première partie de l'essai, la recension avait essentiellement porté sur le dépistage, le traitement, le suivi et le counseling en lien avec les ITSS. Un

pattern de relation conjugale menant aux ITSS et aux grossesses non désirées avait aussi été décrit au niveau familial. Il sera donc pertinent d'aborder les particularités du cancer cervical ainsi qu'un survol de l'EMP chez l'adulte selon les recommandations de 2015.

Complément de recension des écrits

Cancer du col utérin

Différentes notions entourant le suivi et le dépistage du cancer du col utérin seront explorées : les facteurs de risque, les symptômes, la prévention, le dépistage, le prélèvement cytologique, l'interprétation des résultats et le suivi des anomalies.

Facteurs de risque. Ce cancer est causé par une infection persistante à un type de VPH oncogénique dans 99,7 % des cas (Frumovitz, 2015). Plus de 70 % des gens actifs sexuellement contracteront cette ITS au cours de leur vie (ASPC, 2012). Les facteurs de risque de développer le cancer cervical sont fortement liés à ceux de l'acquisition du VPH : coïtarce avant 18 ans, multiples partenaires sexuels, partenaires sexuels à haut risque, immunosuppression, antécédents d'ITSS, statut socioéconomique faible, fréquence de dépistage inadéquate, accouchement à 19 ans ou moins, prise de contraceptifs oraux, tabagisme et prédisposition génétique à une infection au VPH persistante (ASPC; Feldman, Goodman, & Peipert, 2015; Frumovitz; SOGC, 2007). Les infections au VPH diminuent en vieillissant, mais le risque d'infection persistante augmente chez les femmes de 30 ans et plus (Feldman et al.). Beaucoup de femmes qui développent ce cancer n'ont pas eu de dépistage adéquat; plusieurs n'ont jamais eu de cytologie ou n'ont pas fait l'objet d'un dépistage depuis 5 ans (Feldman et al.). Les contraceptifs oraux diminuent l'utilisation du condom. Le tabagisme est un facteur de risque, seulement pour les cancers cervicaux à cellules épidermoïdes (Feldman et al.).

Symptômes. Malheureusement, le cancer cervical est généralement asymptomatique à ses débuts. Cela démontre l'importance du dépistage à une fréquence appropriée, selon le résultat, pour détecter les cellules précancéreuses et cancéreuses. À l'occasion, une lésion suspecte au niveau du col de l'utérus pourrait être découverte à l'examen gynécologique (Frumovitz, 2015). Initialement, des saignements vaginaux irréguliers ou abondants et des saignements post-coïtaux pourraient même survenir et mimer une cervicite (Frumovitz). On a donc intérêt à considérer le cancer cervical comme diagnostic différentiel d'une cervicite, surtout chez les femmes de 30 ans et plus qui sont davantage à risque de développer ce cancer. Rarement, les femmes qui ont un cancer du col auront des pertes vaginales aqueuses, mucoïdes, purulentes ou malodorantes (Frumovitz). Ceci nous renvoie à des diagnostics différentiels tels que les vaginites et la cervicite, qu'il faut considérer advenant ce type de symptômes non spécifiques. Lors d'un cancer plus avancé, les femmes pourraient se plaindre de douleur pelvienne ou lombaire irradiant ou non à la partie postérieure des membres inférieurs (Frumovitz). Enfin, des symptômes urinaires ou intestinaux sont plus rares, mais peuvent être présents, ce qui pourrait élargir davantage les diagnostics différentiels à considérer. Néanmoins, dans le cadre de cet essai, nous nous limiterons aux diagnostics gynécologiques.

Prévention. En ce qui a trait à la prévention primaire du VPH, et donc du cancer cervical, le vaccin Gardasil offre une protection très intéressante. Il couvre les deux souches les plus oncogènes, soit 16 et 18, qui causent 70 % des cancers cervicaux. De

plus, il couvre également les souches 6 et 11, qui causent 90 % des verrues génitales (ASPC, 2012; Gouvernement du Québec, 2013; SOGC, 2007). Un nouveau vaccin, le Gardasil 9, contient cinq souches supplémentaires du VPH et remplacera éventuellement le vaccin actuel (Gouvernement du Québec). Présentement, un programme gratuit de vaccination est offert chaque année pour les filles de la 4^e année du primaire. Selon le programme d'immunisation du Québec [PIQ], le vaccin est gratuit pour les filles âgées de 9 à 17 ans, les femmes âgées de 18 à 26 ans immunosupprimées ou infectées par le VIH, ainsi que les garçons ou hommes âgés de 9 à 26 ans immunosupprimés ou infectés par le VIH. Néanmoins, le PIQ ajoute les femmes âgées de 18 à 45 ans ainsi que les garçons et les hommes âgés de 9 à 26 ans en bonne santé comme indication aux vaccins contre le VPH (Gouvernement du Québec). Ce vaccin devrait idéalement être administré avant la première relation sexuelle. Par contre, il est tout de même indiqué si le patient a déjà eu une infection au VPH ou présenté des lésions qui y sont liées, puisqu'il y a plusieurs souches de VPH et que l'immunité n'est pas forcément acquise après une infection (Gouvernement du Québec).

Par ailleurs, l'utilisation systématique du condom a une efficacité limitée dans la prévention primaire du VPH. Celui-ci est rarement utilisé dès le début de la relation sexuelle ou à toutes les relations, alors que tout contact anogénital devrait être évité (SOGC, 2007). De plus, les jouets sexuels ne devraient jamais être partagés (SOGC). La réduction du nombre de partenaires sexuels est également un moyen de prévention (ASPC, 2012; SOGC). Les femmes qui ont une infection au VPH ou qui ont eu des

lésions associées devraient être encouragées à cesser de fumer (SOGC). Le dépistage du cancer cervical, pour sa part, fait partie de la prévention secondaire.

Dépistage. Le dépistage permet d'identifier rapidement les lésions précancéreuses et les cancers localisés, permettant de diminuer l'incidence du cancer cervical et de la mortalité qui y est associée (Feldman et al., 2015; SOGC, 2007). Malheureusement, la non-compliance en limite l'efficacité. Les femmes vaccinées contre le VPH ne doivent pas se soustraire au dépistage, étant donné que le vaccin n'immunise pas contre toutes les souches du VPH (ASPC, 2012). Il est possible de détecter des cellules dysplasiques qui auraient toutefois guéri sans intervention. Cela peut mener au surdiagnostic et au surtraitement, surtout chez les jeunes femmes de moins de 30 ans (Feldman et al.). Le surtraitement peut avoir des effets néfastes advenant une grossesse : risque accru de perte fœtale au 2^e trimestre, rupture prématurée des membranes, naissance prématurée et mortalité périnatale. Il faut aussi considérer les coûts associés, la douleur et les conséquences psychosociales (Feldman et al.).

Le dépistage s'amorce normalement à 21 ans. Il peut néanmoins être retardé s'il n'y a eu aucune relation sexuelle à 21 ans (Feldman et al., 2015; INSPQ, 2011). À l'opposé, on pourrait décider de le commencer plus tôt chez les femmes en état d'immunosuppression, qui ont été victimes de sévices sexuels en jeune âge ou qui ont amorcé les relations sexuelles à un jeune âge. La fréquence usuelle est de 2 à 3 ans si la cytologie est normale (INSPQ). Il y a encore des exceptions. Notamment, les femmes qui ont le VIH doivent être dépistées aux 6 mois la première année suivant le diagnostic

puis annuellement (Robinson, 2015). Les autres femmes en état d'immunosuppression se méritent également un dépistage annuel (INSPQ). Le dépistage se termine à 65 ans, à condition qu'il ait été fait régulièrement et que les deux dernières cytologies remontant à moins de 10 ans soient normales (Feldman et al.; INSPQ). Il est possible de cesser plus tôt si la femme a subi une hystérectomie pour cause bénigne. On doit toutefois poursuivre le dépistage selon les facteurs de risque d'acquisition d'une nouvelle infection au VPH ou s'il y a des antécédents de néoplasie ou d'anomalies au dépistage (Feldman et al.; INSPQ). Une femme ayant un nouveau partenaire, qui est fumeuse ou qui est immunosupprimée aurait donc plus de risques de contracter une nouvelle infection au VPH et de développer des cellules précancéreuses (Feldman et al.) La SOGC, la GOC et la SCC appuient les lignes directrices québécoises en matière de dépistage du cancer du col (2013). Le test VPH, si disponible, ne devrait pas être offert aux femmes de moins de 30 ans, vu la prévalence d'infections au VPH et d'anomalies cellulaires transitoires chez cette clientèle. On risquerait de les orienter inutilement en coloscopie (Feldman et al.; SOGC, 2007). De plus, ce test ne devrait être utilisé que pour le tri des cellules atypiques épidermoïdes de signification indéterminée [ASC-US], étant donné que les autres lésions sont fortement liées à une infection au VPH (SOGC).

Technique de prélèvement cytologique. Une technique appropriée est la base d'un dépistage satisfaisant. On commence par un examen gynécologique au spéculum afin d'inspecter le col à la recherche de lésions suspectes ou de sécrétions anormales (Feldman & Crum, 2015; SOGC, 2007). On procède ensuite au prélèvement en débutant

avec la spatule en bois, avec laquelle on ira gratter trois fois l'endocol de façon circulaire (Feldman & Crum; SOGC). On poursuit avec l'insertion de la cytobrosse dans l'endocol et on effectue une rotation de 180° (Feldman & Crum; SOGC). Il s'agit de l'étape qui induit fréquemment des saignements. Il importe d'étendre les prélèvements de la spatule en bois et de la cytobrosse sur la lame sans les juxtaposer et sans oublier de fixer la lame. À cette étape, il est possible de procéder au test VPH avec une brosse cervicale dans l'endocol, au besoin, pour les femmes de 30 ans et plus ayant présenté des ASC-US (Feldman & Crum). On termine par l'examen pelvien en effectuant un toucher vaginal, surtout s'il est impossible de bien visualiser le col à l'inspection. L'examen inclut une mobilisation du col, à la recherche de douleur, et un examen bimanuel, à la recherche de douleur ou de masse à l'utérus et aux annexes (Feldman & Crum; SOGC).

En pratique, plusieurs praticiens ont des idées préconçues sur la technique adéquate des prélèvements cytologiques. Il est donc important de revenir sur les faits. Par exemple, la plupart des cliniciens préfèrent reporter ce test lorsque la femme consulte en période menstruelle. En réalité, cela n'est pas recommandé étant donné le risque de diminuer la compliance au dépistage, qui est un facteur de risque du cancer cervical. Il suffit d'éponger le sang dans le cul-de-sac vaginal et dans l'endocol avec une tige montée (Feldman & Crum, 2015). Les mêmes précautions s'appliquent s'il y a beaucoup de sécrétions vaginales, du sperme ou du gel lubrifiant au fond du vagin. D'ailleurs, bien que l'application de gel lubrifiant sur le spéculum ou sur les gants de l'examineur avant le prélèvement cytologique ait un risque théorique de diminuer la

qualité du prélèvement, cela n'a pas été prouvé. Dans le même ordre d'idées, il n'a pas été prouvé que le fait de faire le dépistage pour les ITSS dans l'endocol avant la cytologie en affecte les résultats, malgré le risque théorique d'occasionner un saignement (Feldman & Crum). Il est toutefois possible que les douches vaginales, l'utilisation d'un tampon et les relations sexuelles affectent la qualité des prélèvements cytologiques, s'ils ont lieu dans les 48 heures précédant le test (Feldman & Crum).

Interprétation des résultats cytologiques et suivi des anomalies. Lors de la réception des résultats des cytologies cervicales, on retrouvera une description de la qualité du prélèvement. Il est possible d'avoir un résultat insatisfaisant si le prélèvement a été incorrectement identifié, s'il n'y avait pas suffisamment de cellules sur la lame ou encore si du sang ou des sécrétions abondantes empêchaient une bonne visualisation des cellules (INSPQ, 2011). Il est également possible d'avoir un résultat satisfaisant malgré l'absence de cellules provenant de la zone de transformation. On retrouvera la plupart du temps un résultat normal, soit une absence de lésion intra-épithéliale ou de carcinome envahissant avec un frottis normal (INSPQ). À l'occasion, des micro-organismes pourraient être identifiés ainsi que d'autres changements bénins réactionnels (INSPQ). Les ASC-US sont l'anomalie la plus fréquemment retrouvée, mais il est également possible de retrouver des cellules atypiques épidermoïdes ne permettant pas d'exclure une lésion épidermoïde de haut grade [ASC-H], des lésions épidermoïdes intra-épithéliales de bas grade [LSIL], des lésions épidermoïdes intra-épithéliales de haut grade [HSIL], des HSIL avec changements évocateurs d'un carcinome épidermoïde

envahissant, des carcinomes épidermoïdes envahissants ou des cellules glandulaires atypiques [AGC] (INSPQ).

Les cliniciens doivent être en mesure d'interpréter les résultats des prélèvements cytologiques afin d'assurer un suivi adéquat. Selon l'INSPQ (2011), il n'est pas recommandé d'orienter d'emblée en colposcopie les femmes qui ont un résultat équivoque, soit un ASC-US. Pour les femmes de 29 ans et moins, on devrait plutôt répéter la cytologie 6 mois et 12 mois plus tard. On orientera les femmes chez qui le résultat équivoque persiste ou qui obtiennent une lésion plus élevée à un des deux prélèvements. À partir de 30 ans, on devrait procéder à un test de détection des souches de VPH oncogènes, afin d'orienter les femmes atteintes en colposcopie. Si le résultat s'avère négatif, on aura tout de même avantage à répéter la cytologie 12 mois plus tard. Le suivi des ASC-US diffère selon la revue systématique de Goodman & Huh (2015b); la persistance de lésions équivoques ou l'apparition de LSIL sont tolérées plus longtemps chez les femmes de 21 à 24 ans et le test de détection du VPH est proposé dès l'âge de 25 ans. Le tableau 9, résumant les revues systématiques issues d'UpToDate, est présenté à l'appendice K avec le tableau 10 de l'INSPQ, pour comparer les recommandations respectives quant au suivi des ASC-US.

Une étude ayant eu lieu dans un groupe de médecine familiale [GMF], a permis d'évaluer la qualité de l'acte médical concernant le suivi des ASC-US. Selon les audits de dossiers, le taux de conformité était de 34,1 % (Larkin, Phay, Pouliot, Labbé, & Allard, 2011). Des recommandations visant à augmenter le suivi de ces lésions ont été

faites : identifier clairement les requêtes de laboratoire avec une double identification, prévoir d'emblée les rendez-vous de suivi à 6 et 12 mois en y ajoutant la mention suivi d'ASC-US pour les secrétaires, et considérer la contribution des infirmières GMF et des IPSPL. Bien que les résultats ne puissent pas nécessairement s'appliquer à toutes les régions administratives du Québec, cette étude démontre l'importance de mettre en place des mécanismes pour s'assurer d'un suivi adéquat. Cela permettra d'orienter rapidement les femmes qui présenteront éventuellement des lésions potentiellement cancéreuses, et ce, à un stade précoce de la maladie.

Comme pour le suivi des ASC-US, le suivi des LSIL ne semble pas faire l'unanimité au sein du corps médical. L'INSPQ (2011) oriente automatiquement les femmes en colposcopie, alors que Goodman & Huh (2015c) proposent un suivi plus permissif. Le tableau 9, présenté à l'appendice K, décrit le suivi proposé par ces auteurs. Se pourrait-il que les lignes directrices québécoises, plus prudentes, augmentent le risque de surtraitement ainsi que les risques de préjudices qui y sont associés?

Pour le suivi des autres lésions, soit les ASC-H, les HSIL, les AGC ou les lésions cancéreuses, la communauté médicale est unanime : les femmes doivent toutes être orientées en colposcopie (Goodman & Huh, 2015a; INSPQ, 2011; SOGC, 2007). De plus, les délais de consultation devraient être de moins de 6 semaines pour les AGC et de moins de 3 semaines pour les HSIL (SOGC). Le tableau 11, résumant l'interprétation des résultats cytologiques et le suivi des anomalies, est présenté à la page suivante.

Tableau 11

Interprétation des résultats cytologiques et suivi des anomalies			
Cytologie insatisfaisante pour l'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> - incorrectement identifiée (pas de double identification ou non identifiée) - insuffisance de cellules - trop de sang ou de sécrétion empêchant une bonne visualisation des cellules Traiter la cause d'une inflammation ou d'une infection avant de répéter la cytologie. Répéter la cytologie après 2-4 mois. Ajouter un test de détection du VPH si femme ≥ 30 ans. Si + refaire la cytologie et le test de détection du VPH dans 1 an. Selon le résultat de cytologie, un suivi plus serré pourrait être requis (voir plus bas). Orienter en coloscopie si 2e résultat insatisfaisant.		
Cytologie satisfaisante pour l'évaluation	Critères de qualité de prélèvement : présence de sang ou d'inflammation, mauvaise fixation, lames contenant des sécrétions épaisses, absence de cellules de la zone de transformation *. * Considérer un test de détection du VPH pour les femmes ≥ 30 ans si résultat insatisfaisant. Si +, considérer un génotype pour les souches 16 et 18, ou répéter la cytologie et le test de détection du VPH dans 12 mois. Si - ou femmes de 21-29 ans, dépistage usuel.		
Absence de lésion intra-épithéliale ou de carcinome envahissant	Frottis normal		
	Micro-organismes : trichomonase, éléments mycosiques compatibles avec une candidose, modification de la flore bactérienne vaginale suggérant une vaginose bactérienne, etc.		
	Autres : changements bénins réactionnels, atrophie, présence de cellules glandulaires bénignes post-hystérectomie		
	Anomalies et lésions des cellules épidermoïdes	ASC-US	Femmes de ≤ 29 ans : répéter la cytologie après 6 mois et 12 mois. Orienter en coloscopie si persistance ASC-US ou lésion de plus haut grade à l'un des tests.
			Femmes ≥ 30 ans : test VPH oncogènes. Si + orienter en coloscopie. Si - répéter la cytologie dans 12 mois.
		ASC-H	Orienter toutes les femmes en coloscopie.
		LSIL	Orienter toutes les femmes en coloscopie.
		HSIL	Orienter toutes les femmes en coloscopie.
			Lésion intra-épithéliale épidermoïde de haut grade avec changements évocateurs d'un carcinome épidermoïde envahissant
		Carcinome épidermoïde envahissant	
Cellules glandulaires	AGC (endocervicales, endométriales, origine indéterminée)	Orienter toutes les femmes en coloscopie.	
	AGC probablement néoplasiques (endocervicales ou origine indéterminée)		
	Adénocarcinome endocervical in situ		
	Adénocarcinome (endocervical, endométrial, ou autre)		
Autres	Cellules endométriales sans atypie significative chez une femme ≥ 40 ans	Biopsie de l'endomètre si Sx ou facteurs de risque de cancer de l'endomètre.	

(Crum & Huh, 2015; INSPQ, 2011)

Ce tableau peut guider les cliniciens lorsqu'ils souhaitent interpréter les résultats cytologiques et assurer le suivi des lésions anormales, en particulier des ASC-US. Il est intéressant de préciser que le dépistage du cancer cervical pourrait éventuellement être modifié, puisque la vaccination contre le VPH est désormais offerte d'emblée aux jeunes filles. Toutefois, des études devront être menées dans le futur (SOGC, 2007). Cette activité de prévention clinique est donc tout à fait pertinente pour le moment et mérite qu'on s'y attarde pour augmenter la compliance au dépistage.

Activités de prévention clinique chez les adultes

Depuis déjà plusieurs années, la pertinence de l'EMP est remise en question par le corps médical. Il s'agit d'un cadre rigide, auquel le jugement des cliniciens ne doit pas se soustraire. Ce type de suivi s'avère tout de même approprié pour la clientèle pédiatrique. Toutefois, chez les adultes, dans le contexte actuel de pénurie de professionnels de la santé, il est justifié de prioriser les interventions préventives les plus appropriées à la situation des patients. Ainsi, il n'existe pas de mise à jour de l'EMP en 2015, contrairement aux années précédentes. Le CMQ a plutôt produit un outil abrégé présentant les principales activités de prévention clinique pour la clientèle adulte. Ces activités peuvent être réalisées lors des suivis médicaux, pour un problème de santé aigu ou pour le suivi d'une maladie chronique (CMQ, 2015). Il s'agit donc de cibler les interventions les plus appropriées selon les antécédents personnels et familiaux ainsi que les habitudes de vie de nos patients. L'examen annuel n'est pas une nécessité en soi, particulièrement chez les personnes jeunes et en santé sans comportements à risque

particulier. Cela n'est toutefois pas le cas de notre patiente. La figure 13, à l'appendice L, présente la fiche imagée du CMQ résumant les interventions préventives.

Le CMQ ne réinvente pas la prévention clinique. Plusieurs activités proposées sont orientées sur les habitudes de vie, telles que le tabagisme, l'alimentation, l'activité physique, l'abus d'alcool et l'obésité (2015). De plus, le diabète, l'hyperlipidémie et l'hypertension artérielle sont encore ciblés. On recherchera aussi des facteurs de risque d'ostéoporose à partir de 50 ans. Les cancers de la prostate, du sein, du col de l'utérus et du côlon devraient tous faire l'objet d'une décision libre et éclairée du patient. Concernant l'immunisation, on doit se référer au PIQ et considérer les facteurs de risque. Finalement, tout adulte sexuellement actif devrait recevoir un counseling préventif sur les ITSS et se faire offrir un dépistage, le cas échéant, selon ses facteurs de risque.

Mais qu'en est-il vraiment en pratique clinique? Il est pertinent de s'attarder ici à l'évaluation de la qualité de l'acte médical concernant la prévention des ITSS, étant donné que c'est le sujet principal de cet essai. Béchamp-Théberge, Bernier, Dion et Tzouannis se sont penchés sur cette question en 2009, dans un GMF. Bien qu'il est possible que les résultats de leur étude ne représentent pas l'ensemble de la province, il est intéressant de prendre note de leurs observations et de leurs recommandations, pour guider notre pratique. À l'aide d'audits de dossiers, leur étude a révélé que le questionnaire sur les facteurs de risque d'ITSS était conforme chez 83 % des femmes contre seulement 44 % des hommes. De plus, le dépistage d'ITSS était conforme chez 76 % des femmes et 50 % des hommes à risque. Toutefois, il y avait peu de dossiers à

analyser pour les hommes. Finalement, le counseling sur les ITSS n'était conforme que chez 25 % des femmes et un faible 16 % d'hommes. On constate que les hommes font trop peu l'objet d'activités préventives liées aux ITSS. Il est donc important de maximiser les occasions de les questionner à ce sujet lorsqu'ils consultent, de leur offrir un dépistage approprié et de faire un counseling. Cette clientèle consulte moins souvent et est un important vecteur d'ITSS chez les femmes (Béchamp-Théberge et al.); il faut s'y attarder pour contrer la progression de ces infections. Il est important aussi de garder en tête des facteurs de risque simples pour nous guider dans la prévention des ITSS : toute personne de moins de 25 ans sexuellement active ou les patients ayant eu un nouveau partenaire dans la dernière année (INSPQ, 2007).

Une description des interventions de prévention clinique est faite dans la deuxième partie de l'essai, puisque la patiente rencontrée était une adulte présentant des comportements à risque et des résultats de dépistage anormaux. Il est donc pertinent, dans ce cas, de prioriser les interventions préventives adéquates, selon son état de santé actuel, incluant le counseling sur les ITSS. De plus, la patiente présentait des facteurs de risque de maladies cardio-vasculaires et de diabète qui seront décrits plus loin. Ces facteurs de risque justifiaient le dépistage précoce des dyslipidémies et du diabète, en plus du cancer cervical (CMQ, 2015). Ces interventions avaient toutefois déjà été effectuées lors de l'EMP en novembre 2014. Néanmoins, il est important de se rappeler que ces activités de préventions cliniques devront être répétées annuellement vu les facteurs de risque de la patiente. Il devient aussi pertinent, comme chez chaque adulte,

de prendre la tension artérielle lors de toutes les visites médicales appropriées, tel que c'était le cas lors du suivi (CMQ). De plus, le counseling pour la cessation tabagique est un point important qui doit être abordé lors de toutes les visites médicales appropriées, en lien avec les facteurs de risque cardio-vasculaires et la prévention du cancer cervical, dans le cas de notre patiente (CMQ; SOGC, 2007). Les facteurs de risque des maladies cardio-vasculaires et du diabète relevés chez la patiente ne feront toutefois pas l'objet d'un complément de recension des écrits et ne feront pas explicitement partie du déroulement de la rencontre ou des améliorations suggérées dans le cadre de cet essai, vu les limites logistiques de l'essai et le fait que les dépistages ont eu lieu lors de la rencontre précédente. Le sujet principal demeurera les comportements sexuels à risque, les ITSS et le cancer cervical, avec un clin d'œil à d'autres activités de prévention clinique telles que la cessation tabagique et la prise de la TA.

Il sera aidant de se remémorer les données présentées dans le complément de recension des écrits, lors de la description de la démarche clinique en temps réel. Ces informations, ainsi que celles apportées dans la recension des écrits initiale, permettront de produire une réflexion critique concernant les interventions réalisées et de suggérer des améliorations pour le futur.

Démarche clinique réalisée en contexte réel

La démarche clinique témoigne de connaissances infirmières et médicales, ainsi que de compétences relationnelles. Richard et Lussier (2005) nous orientent sur les principes à respecter pour réussir une entrevue auprès de multiples clientèles. Une approche centrée sur le patient permet de s'intéresser à sa situation particulière, afin de comprendre son expérience et sa compréhension de sa maladie. Plus les problématiques de santé sont complexes, plus il est important de prendre le temps d'écouter le patient et de le faire verbaliser sur sa maladie, en utilisant des questions générales et ouvertes.

Selon les auteurs, il est crucial d'obtenir un partenariat avec le patient, afin de s'entendre sur le problème, les solutions et de partager les responsabilités. En dépit du fait que plusieurs patients choisissent de ne pas suivre nos recommandations, il importe de ne pas briser la relation thérapeutique qui nous unit à eux. La relation praticien-patient doit donc être souple et s'adapter selon le contexte clinique. L'entrevue avec le patient doit également être réaliste et adaptée au contexte et à notre champ de compétences. La démarche doit être structurée et orientée sur la nature du problème tout en ayant une perspective globale, et elle doit tenir compte du temps et des ressources disponibles. Évidemment, cela peut paraître plus facile à dire qu'à réaliser. Pour y parvenir, il faut développer des stratégies et des aptitudes relationnelles.

Toujours selon Richard et Lussier (2005), plusieurs habiletés communicationnelles de base peuvent nous aider lors des entretiens avec les patients. Il est toujours approprié d'amorcer l'entrevue avec des questions ouvertes et générales, en démontrant une écoute active par le biais de silences et d'invitations non verbales

chaleureuses. On incite les patients à poursuivre à l'aide d'un encouragement verbal ou non verbal. Il sera parfois nécessaire de compléter par des questions fermées ou de demander au patient de clarifier un détail. Les questions devraient être claires et directes. Il est préférable de ne pas faire d'énumération de symptômes. On devrait toujours éviter le fameux « pourquoi? », en le remplaçant par un « comment est-ce que... ». Après un certain temps, il sera aidant de faire une synthèse des éléments retenus pour vérifier notre compréhension de la situation et encourager le patient à poursuivre ou à nous corriger. Cela peut aussi être utile pour faire une transition et démontre un intérêt envers le patient. Il peut être approprié de faire un énoncé d'entretien si l'on veut réorienter la discussion, annoncer un changement de questions, présenter une recommandation difficile ou souligner un différend. S'il s'avère nécessaire d'interrompre le patient, il est important de clarifier pourquoi on le fait.

Les principes décrits dans les derniers paragraphes décrivent les habiletés relationnelles qui ont été déployées dans la démarche clinique réalisée en temps réel, avec Mélanie. Voyons maintenant comment s'est déroulée la rencontre.

Préparation

Avant d'amorcer l'entrevue, il est important de prendre conscience du dossier (Richard & Lussier, 2005). Cette patiente avait souvent consulté depuis 2001 pour passer des tests de grossesse, demander la contraception d'urgence et faire des dépistages d'ITSS. La dernière note médicale au dossier, m'a rapidement permis de connaître la raison du suivi chez cette femme de maintenant 30 ans, qui avait consulté en

novembre 2014 pour son EMP. Le prélèvement cytologique effectué avait démontré un résultat équivoque, soit un ASC-US. Un suivi était prévu conformément aux lignes directrices. L'anamnèse au début du dossier m'a permis de connaître les antécédents personnels : G₃P₂A₁, infection à chlamydia en août 2014, VB en novembre 2014 et diabète gestationnel en 2005 à sa première grossesse. Les antécédents familiaux ont révélé une hypothyroïdie chez sa sœur, une hypertension artérielle chez son père et de lourds antécédents de maladie cardiovasculaire chez sa mère, soit un infarctus du myocarde à 29 ans, une maladie coronarienne artériosclérosante et une hypertension artérielle. Enfin, le seul médicament actuel était un stérilet Mirena installé en 2010. L'analyse préliminaire du dossier m'a permis d'émettre des hypothèses, telles que des facteurs de risque d'ITSS et de grossesses non désirées, une anomalie cytologique, un tabagisme actif et des risques de maladies cardiovasculaires et de diabète à long terme.

Initiation de l'entrevue

Conformément à ce qui est suggéré par Richard et Lussier (2005), l'entrevue a été amorcée en saluant la patiente et en la nommant par son nom pour vérifier son identité. Je me suis rapidement présentée en spécifiant que j'étais une stagiaire IPSPL. J'ai également précisé mon rôle, qui était inconnu de la patiente. Avant d'entrer dans le vif du sujet de la consultation, je me suis assuré que la patiente était assise confortablement et qu'elle était disposée à commencer l'entrevue. Dans ce cas précis, je n'ai pas eu à limiter les interruptions. Il aurait cependant été pertinent de le faire selon le contexte, ou du moins d'aviser la patiente d'une possible interruption.

Par la suite, une fois installée l'une face à l'autre, à l'aide d'une question ouverte et avec un langage non verbal invitant, je me suis renseignée des raisons de consultation. Cela m'a permis de savoir qu'elle s'inquiétait du suivi de la cytologie et qu'elle désirait un test de contrôle pour la VB. Je l'ai interrogée une seconde fois pour m'assurer qu'il n'y avait pas d'autres motifs de consultation, ce qui n'était pas le cas. Nous avons ensuite discuté du contrat d'entrevue, en spécifiant que nous avions 45 minutes ensemble. L'agenda de la patiente était clair : elle était inquiète de la lésion détectée à la cytologie en novembre et de la disparition de la VB. Mon agenda, bien qu'il n'ait pas été explicitement présenté, comportait le suivi de la cytologie ainsi que l'évaluation des risques d'ITSS en même temps que l'histoire médicale actuelle. La patiente a donc été avisée que nous allions aborder ses préoccupations.

Déroulement de l'entrevue

Lors de l'entrevue, la structure narrative de la patiente a été respectée, afin de faire ressortir ses croyances, ses craintes, ses attentes et les répercussions sur sa vie (Richard & Lussier, 2005). Des questions ouvertes ont été posées pour faire ressortir les différents facteurs de risque et les symptômes recherchés, en lien avec les ITSS, la vaginose bactérienne et le cancer du col de l'utérus. Celles-ci ont été complétées par des questions fermées, claires et directes.

Il a été possible de recueillir beaucoup d'information pertinente à la situation de soins en lien avec les comportements sexuels à risque : le nombre de partenaires sexuels dans la dernière année, le type de relations sexuelles, le sexe des partenaires sexuels,

l'utilisation du condom, la consommation de drogue et d'alcool avant les relations sexuelles et les antécédents d'ITSS. La patiente m'a confié avoir eu plusieurs partenaires sexuels masculins, dont un anonyme, et utiliser rarement le condom. Elle avait repris une relation exclusive avec le père de son fils cadet. Ce conjoint actuel avait refusé de faire un dépistage d'ITSS; il lui avait répondu que puisqu'elle avait déjà eu une chlamydia, il devrait être celui à s'inquiéter et non le contraire. À ce moment, je lui ai fait part de mes inquiétudes au sujet des risques d'ITSS et le fait que plusieurs de ces infections étaient malheureusement asymptomatiques. Je lui ai aussi reflété le fait que leur vie sexuelle respective ne s'était pas arrêtée quand ils s'étaient séparés. Cela a soulevé des préoccupations de sa part et elle a reconnu qu'elle avait peut-être été négligente à ce sujet. Il a été plus facile d'introduire des questions familiales, telles que nous le verrons plus loin, ainsi qu'un questionnaire axé sur les symptômes d'ITSS. Elle ne présentait aucun symptôme d'ITSS, de vaginite ou de cancer cervical.

À la fin du questionnaire entourant la sphère gynécologique, je me suis intéressé à son avis et à ses attentes, à ce stade de la rencontre. Elle reconnaissait qu'elle n'avait plus de symptômes de VB, mais préférait faire un test de contrôle. De plus, elle était inquiète d'être à nouveau porteuse d'une ITSS vu ses antécédents et le fait que ces infections puissent être asymptomatiques. Elle s'inquiétait également de son résultat anormal de cytologie et se demandait s'il pouvait y avoir un lien avec les ITSS. J'ai donc saisi l'occasion pour lui parler du VPH et du vaccin Gardasil. J'ai aussi précisé le lien entre le tabagisme et le cancer cervical. Enfin, j'ai fait un counseling pré-test pour le

dépistage des ITSS, vu sa réceptivité. Il a alors été pertinent de poser une question hypothétique au niveau affectif : « Si vous deviez faire face à un nouveau diagnostic d'ITSS ou à un cancer cervical, comment vous et votre conjoint réagiriez-vous? ». Cela a permis d'introduire l'évaluation familiale, spontanément.

À cet effet, il était important d'évaluer brièvement le fonctionnement familial, en lien avec l'influence et le pouvoir au sein du couple, concernant la contraception et les comportements sexuels à risque tolérés. Une question circulaire axée sur les différences comportementales, au sujet de la décision d'initier ou non une méthode de contraception avant les relations, a apporté des informations intéressantes : « Qui de vous deux décide de l'utilisation du condom? ». Une autre question, axée sur l'effet d'un comportement au niveau affectif, a permis de savoir comment elle se sentait par rapport au fait que son conjoint la considérait comme responsable advenant une ITSS : « Comment réagissez-vous quand il vous parle ainsi? ». J'étais préoccupée par le fait que ce genre de relation pouvait entretenir des croyances contraignantes, diminuer l'intention d'utiliser le condom et limiter l'autonomie de Mélanie en affectant son estime d'elle-même. La relation entre Mélanie et son conjoint semblait conflictuelle, sans toutefois présenter une problématique de violence familiale. L'hypothèse familiale retenue dans la première partie de l'essai, à la figure 4 de l'appendice G, était tout à fait plausible. Une tendance à sous-estimer les facteurs de risque d'ITSS de son conjoint, une faible intention d'utiliser le condom, des croyances contraignantes, une faible estime de soi et une consommation d'alcool pouvaient limiter l'autonomie de Mélanie et diminuer son utilisation du condom

(Bonacquisti & Geller, 2012; Charles & Blum, 2008; Gebhardt et al., 2009; Lescano et al., 2006; Newby, Brown et al., 2013; Newby et al., 2012; Staras et al.). Cela pouvait conduire à des comportements sexuels à risque et à des relations monogames successives, menant à des risques d'ITSS et de grossesses non désirées à long terme.

Durant l'entrevue, j'ai pu normaliser ses inquiétudes par rapport aux ITSS et au cancer cervical. Notamment, je lui ai confirmé que les ASC-US étaient des résultats fréquents et que plusieurs femmes éprouvaient de la détresse quand elles recevaient cette nouvelle. Avec une attitude non moralisatrice et sans porter de jugement, je lui ai dit que la contraception et le dépistage des ITSS pouvait effectivement être un sujet difficile à initier dans un couple. De plus, j'ai pu obtenir suffisamment d'information pour faire un génogramme détaillé, ce qui m'a permis de comprendre la structure de la famille.

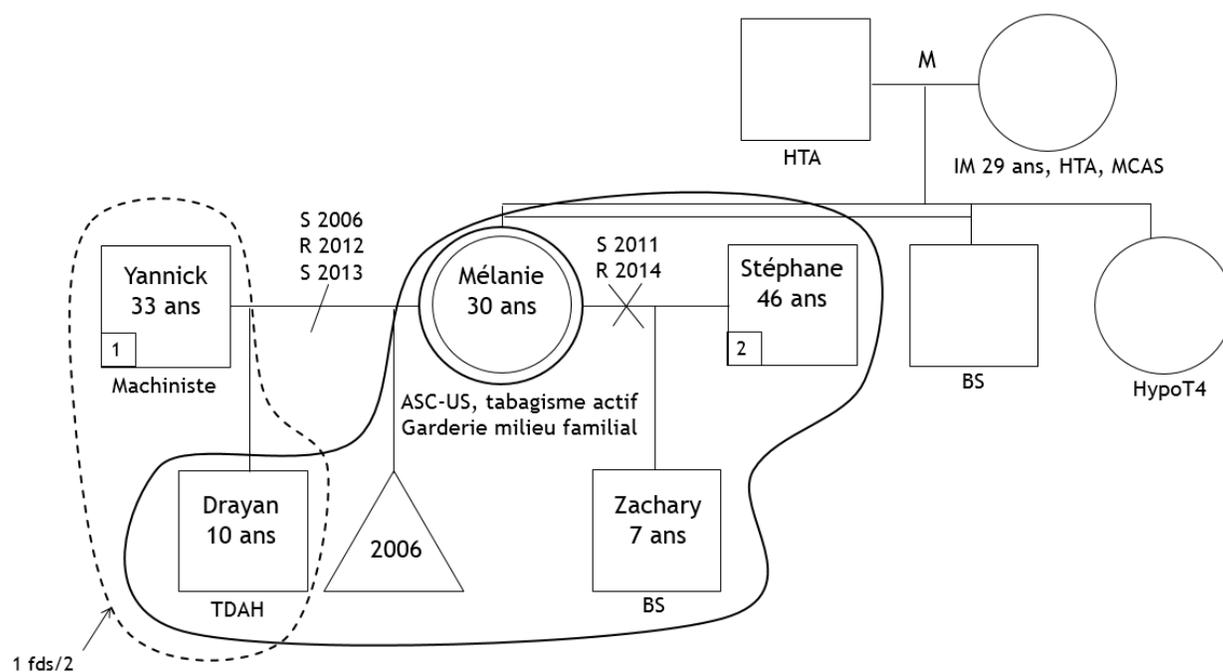


Figure 12. Génogramme

À ce moment, il était important d'assurer une transition entre l'anamnèse et l'examen physique. Cela a été facile vu les préoccupations de la patiente en lien avec la sphère gynécologique. Pour m'assurer de son confort et de son intimité, je l'ai laissée se changer derrière le rideau, s'installer sur la table d'examen et m'avertir quand elle serait prête (Richard & Lussier, 2005). Il était particulièrement pertinent d'éviter les gestes brusques et inattendus et de parler à la patiente tout au long de l'examen physique. L'examen physique était ciblé : prise de TA, auscultation du cœur et des poumons, examen abdomino-pelvien et examen gynécologique. La prise de la TA a été faite à la fin du questionnaire avant que la patiente ne se lève, conformément aux activités de prévention clinique recommandées par le CMQ (2015) et vu les facteurs de risque de maladies cardio-vasculaires. Dans le cas présent, un examen pelvien était requis pour la cytologie cervicale, donc les prélèvements pour les ITSS ont été prélevés dans l'endocol. Toutefois, si cela n'avait pas été le cas, un prélèvement vaginal ou même urinaire, en contexte de dépistage, aurait été acceptable (ASPC, 2010a; CDC, 2010; Gouvernement du Québec, 2014; Marrazzo, 2013a, 2013b; Porter & Kaplan, 2011).

Conclusion de l'entrevue

Au moment de conclure l'entrevue, il était pertinent de faire un retour sur l'ensemble de la rencontre avec la patiente. J'ai donc résumé notre entretien et je lui ai fait part de mes impressions diagnostiques. Je me suis aussi assuré de sa compréhension et j'ai répondu à ses questions. Je lui ai ensuite présenté la conduite à tenir pour chaque impression diagnostique, en m'assurant toujours de sa compréhension. Nous nous

sommes entendues sur le plan de traitement et sur le suivi. Je devais ainsi la rappeler quand j'aurais les résultats des prélèvements cytologiques, d'ITSS et de culture vaginale. Je lui ai fait un rappel de l'offre de service du GMF. De plus, je lui ai donné un filet de sécurité pour venir consulter au besoin : si elle éprouvait des symptômes d'ITSS, si elle désirait cesser de fumer ou si elle se procurait son nouveau stérilet. J'ai conclu en lui rappelant le contrat d'entrevue, afin de vérifier que nous avons atteint les objectifs : « On a pu faire votre cytologie, votre dépistage des ITSS, une culture pour vérifier que la vaginose est belle et bien partie et aussi votre examen gynécologique. Il vous restera à faire les prises de sang et à téléphoner à la RAMQ pour vous inscrire au régime public, étant donné que vous n'avez pas d'assurances privées. Est-ce que ça vous va? Je vais vous contacter quand j'aurai les résultats des tests pour savoir dans combien de temps on se revoit. » Voyons à quoi ressemblait la note qui a été rédigée au dossier, résumant les données subjectives et objectives, l'analyse et le plan d'intervention.

Rédaction de la note au dossier

2015-03-27

CMF ♀ 30 ans

RC : 1) 1^{er} suivi d'ASC-US

2) Désire test de contrôle pour vaginose bactérienne

ATCD : G₃P₂A₁, DG (2005), chlamydia (août 2014), vaginose bactérienne (nov. 2014), ASC-US (nov. 2014)

ATCD fam. : hypoT4 (sœur), HTA (mère et père), IM à 29 ans + MCAS (mère), Db + DLPD + MCAS (côté maternel)

HDV : 10-15 cigarettes/jour x 14 ans, binge drinking week-end, marijuana occasionnelle

HMA :

- 4 partenaires sexuels masculins/1 an, 1 anonyme, rarement utilisé le condom
- partenaire stable x novembre 2014, a repris relation avec le père de son plus jeune fils
- relation exclusive, partenaire se dit clean et a refusé de faire dépistage d'ITSS « comme patiente a déjà eu chlamydia il devrait être celui à s'inquiéter et non le contraire », Ø violence
- relations orales, vaginales et anales
- n'utilise pas le condom, stérilet Mirena en place x 5 ans, à changer, mais a perdu nouvelle prescription et attend d'avoir l'argent pour le faire changer
- DDM : 2015-03-26, a seulement spotting mensuel 1-2 jours sous Mirena
- Ø saignement intermenstruel/post-coïtal, Ø dyspareunie, Ø prurit ou lésions vulvaires, Ø pertes vaginales anormales, Ø dysurie, Ø dlr abdo, Ø fièvre/frissons
- Avis : disparition des Sx de vaginose bactérienne avec Tx en novembre, mais souhaite dépistage pour vaginite, inquiète pour les ITSS vu son ATCD de chlamydia, inquiète concernant le suivi d'ASC-US et le cancer du col utérin

RDS :

- État mental : Ø anhédonie, Ø humeur triste/dépressive, Ø idées noires

E/P : TA 122/76

- BEG
- Bien mise, affect mobilisable, souriante, contact visuel, Ø signes d'abus physique.
- Poumons : clairs, MV N
- Cœur : B₁B₂ N, RCR, Ø souffle
- Abdo : péristaltisme N, souple, Ø masse, Ø dlr, Ø HSM
- G/U : anus, périnée, vulve, parois vaginales et col utérus N. Ø odeur particulière, léger saignement a/n endocol et cul-de-sac vaginal (période menstruelle). Sang épongé avec tige montée, cyto cervicale fte, prélèvement endocol chlam + gono et culture de sécrétions vaginales. TV : Ø dlr mobilisation col, Ø dlr/masse utérus + annexes.

Imp. Dx :

- 1) 1^{er} contrôle 4 mois post ASC-US
- 2) Comportements sexuels à risque 2nd à ↓ autonomie 2nd à ↓ estime de soi et croyances
- 3) Besoin d'une méthode contraceptive fiable à long terme
- 4) Tabagisme actif au stade de précontemplation

CAT :

- 1) Cytologie cervicale fte. Orienter en coloscopie si anomalie ou revoir dans 6 mois pour 2^e contrôle cytologique si résultat normal. Écoute et soutien.
- 2) Dépistage ITSS : gono + chlam endocol, culture vaginale, anti-VIH, anti-VHC, VDRL.

Counseling prévention ITSS et comportements sexuels à risque. À renforcer au prochain RV. Counseling vaccination VPH ft. Réduction des méfaits abordée (accès aux condoms?).
 3) Stérilet Mirena represcrit. Counseling ft. Info données sur inscription à la RAMQ.
 4) Counseling cessation tabagique.
 Donc revoir dans 6 mois ou avant PRN selon résultat cytologique et dépistage ITSS, ou si se procure stérilet.

Sandra Galvin SIPSPL/Dr. M.

Figure 13. Rédaction de la note au dossier

Les impressions diagnostiques tiennent compte des lignes directrices pour le cancer du col de l'utérus (INSPQ, 2011), ainsi que des activités de prévention clinique pour le tabagisme et les comportements sexuels à risque (CMQ, 2015). De plus, ces comportements sont justifiés par des facteurs de risque d'ITSS démontrés : statut socioéconomique faible, consommation d'alcool et de drogue, utilisation inconstante du condom, nombre de partenaires sexuels incluant un partenaire anonyme et antécédent de chlamydia (INSPQ, 2007; MSSS, 2006, 2014; Zenilman, 2013). Ces comportements sont liés à l'hypothèse familiale systémique retenue dans la première partie de l'essai, entre la patiente et son partenaire sexuel, menant aux ITSS et aux grossesses non désirées. L'évaluation clinique et les interventions seront abordées plus loin.

Continuité des soins

Il est toujours important de se soucier de la continuité des soins, particulièrement dans le cas d'un suivi d'anomalie. Tel qu'il avait été discuté avec la patiente, je l'ai contacté par téléphone lorsque j'ai reçu les résultats du prélèvement cytologique, du dépistage d'ITSS et de la culture vaginale, qui étaient normaux. Elle n'avait pas encore

fait les prises de sang et ne s'était pas procuré son stérilet. Nous avons donc convenu de nous revoir quand elle aurait acheté son stérilet. J'ai fait une référence à l'infirmière GMF pour effectuer le second contrôle cytologique pour le suivi d'ASC-US, dans 6 mois. J'y ai aussi indiqué la mention de dépistage des ITSS et de counseling au besoin.

À la lumière des informations présentées dans la démarche clinique en temps réel, une réflexion s'impose afin d'améliorer la pratique des IPSPL.

Regard critique

Les IPSPL suivent une formation rigoureuse qui leur permet d'exercer en PIA. Hamric (2014) ajoute que cette pratique doit être centrée sur le client-famille. Dans la démarche clinique, une approche collaborative centrée sur la patiente et sa famille a été essentielle, pour promouvoir la santé et prévenir l'apparition de maladies liées aux comportements sexuels à risque (Brûlé & Cloutier, 2002; Richard & Lussier, 2005). De plus, les IPSPL ont un rôle majoritairement clinique et leur plus grande compétence est le soin direct au patient, qui est une notion centrale en PIA. Celle-ci est caractérisée par la perspective holistique des soins, l'alliance thérapeutique avec le patient, l'expertise clinique, l'utilisation de la pratique réflexive, l'utilisation des données probantes pour guider la pratique et l'utilisation d'approches variées (Hamric). La rédaction de l'essai et la démarche clinique qui en découle témoignent de ces aptitudes. Dans cette section, un regard critique sera porté afin d'analyser les forces et de suggérer des améliorations souhaitables pour la pratique future, ainsi que des alternatives. Une synthèse des savoirs mobilisés sera présentée. Enfin, un regard sera porté sur l'optimisation et l'apport de la PIA de l'IPSPL, dans cette situation et dans un contexte global.

Forces

Les IPSPL doivent utiliser une approche réflexive au quotidien pour souligner leurs réussites et chercher à améliorer leur pratique, en particulier avec les jeunes femmes ayant des comportements sexuels à risque, dans le cadre d'un suivi d'ASC-US.

Dans la démarche clinique en temps réel, plusieurs forces ont été relevées. Tout d'abord, plusieurs questions ouvertes et systémiques ont été posées tout au long de

l'entrevue, telles que décrites dans l'initiation et le déroulement de l'entrevue. En combinant ces questions à plusieurs habiletés communicationnelles préconisées par Richard et Lussier (2005), cela m'a permis de créer une alliance thérapeutique avec la patiente. Par exemple, j'ai fait preuve d'un langage verbal et non verbal chaleureux et d'une écoute active. Je me suis également assuré de faire des résumés à plusieurs reprises pour valider ma compréhension du problème. De plus, j'ai fait attention à ne pas énumérer une série de symptômes dans une même phrase ou à questionner négativement les éléments recherchés. Des transitions, entre autres avant de passer à l'examen physique, ont été effectuées. Par ailleurs, l'examen physique a été fait dans le respect de l'intimité de la patiente et à un rythme approprié. Les systèmes pertinents ont été examinés (ASPC, 2010a). Enfin, dans une approche centrée sur les besoins du client-famille, le plan de traitement a été discuté et l'atteinte des objectifs de la rencontre a été réévaluée à la fin de la rencontre.

Pour continuer, la plupart des concepts explorés lors de la recension des écrits des deux parties de l'essai, concernant les ITSS et le cancer cervical, ont été respectés. Certaines précisions seront apportées dans les améliorations souhaitées. Des pratiques exemplaires témoignant de résultats probants ont guidé mon approche et mes interventions auprès de cette jeune femme. Par exemple, les facteurs de risque d'ITSS et de cancer cervical ont été questionnés (ASPC, 2012; Feldman et al., 2015; Frumovitz, 2015; INSPQ, 2007, 2011; SOGC, 2007). Les symptômes d'ITSS et de cancer cervical ont également été évalués (ASPC, 2010a; Frumovitz). De plus, un counseling prétest a

été réalisé avant d'offrir le dépistage des ITSS, dans une optique de consentement libre et éclairé (ASPC, 2010a; Dion, 2006; Gouvernement du Québec, 2008; MSSS, 2006). Le counseling sur les ITSS fait partie des activités de prévention clinique hautement recommandées (CMQ, 2015). Ensuite, le vaccin Gardasil a été suggéré, tel que recommandé dans le PIQ et dans les activités de prévention clinique (CMQ; Gouvernement du Québec, 2013). Les délais et les particularités associées au suivi des ASC-US ont aussi été respectés (INSPQ, 2011). Toutefois, le premier suivi a plutôt eu lieu à 4 mois post ASC-US, plutôt que 6 mois; le délai acceptable étant de 4 à 6 mois selon les recommandations du pathologiste à la réception du résultat de l'anomalie cytologique. La cessation tabagique a été suggérée, en lien avec les activités de prévention clinique et les risques liés au cancer du col utérin (CMQ; SOGC). La technique de prélèvement cytologique était conforme aux recommandations (Feldman & Crum, 2015; SOGC).

Pour continuer, à l'instar des recommandations de Larkin et al. (2011), des mesures nécessaires au suivi d'ASC-US ont été prises pour assurer la qualité et la continuité des soins. La collaboration professionnelle de l'infirmière GMF pour le 2^e suivi d'ASC-US a ainsi été mise à contribution. De plus, en y ajoutant des informations sur l'évaluation des risques d'ITSS et le counseling à poursuivre, il a été possible d'améliorer la continuité des soins. Dans un contexte où les patients consultent dans un milieu universitaire, il est probable qu'ils rencontrent divers professionnels, comme des résidents, des externes, des stagiaires IPSPL, des infirmières GMF, des IPSPL ainsi que

des médecins patrons. Il est donc du devoir de chaque intervenant de s'assurer de la compréhension du patient face au suivi nécessaire et de prendre les précautions qui s'imposent pour aviser les secrétaires des prochains rendez-vous à prévoir. De plus, la conduite à tenir inscrite dans la dernière note au dossier est importante; elle doit refléter notre jugement clinique et le rendre clair auprès du prochain professionnel qui prendra le dossier. En ce sens, une autre force relevée dans ma démarche clinique consiste en ma note au dossier, qui respectait les conditions précédemment énumérées.

Finalement, plusieurs interventions familiales étaient pertinentes, telles que l'utilisation de questions systémiques, l'élaboration du génogramme et la normalisation (Wright & Leahey, 2014). La patiente a été sensibilisée aux conséquences à court et à long terme advenant l'adoption ou le maintien de comportements sexuels à risque (Masters et al., 2014; Morrison-Beedy et al., 2013; Newby, Brown, et al., 2013) et la consommation d'alcool (Masters et al.). La perception des risques liés aux ITSS et la compréhension de l'efficacité préventive du condom pourraient l'aider à accroître son intention d'utiliser le préservatif (Chacko, 2013). En l'absence du partenaire de Mélanie, la neutralité a permis de démontrer une curiosité (Selvini-Palazzoli et al., 1983). La dynamique au sein du couple a été brièvement évaluée : type de relation, intention d'utiliser le condom lors des relations, communication circulaire et influence de pouvoir (Bonacquisti & Geller, 2012). Les barrières à l'utilisation du condom ont été abordées ainsi que les facteurs de risque du partenaire (Bonacquisti & Geller; Staras et al., 2013; Swartzendruber et al., 2013). De plus, les perceptions et les croyances contraignantes ont

été explorées et recadrées (Masters et al., 2014). Bien que de nombreux points positifs aient été relevés, il est nécessaire de cibler ce qui aurait avantage à être bonifié.

Améliorations souhaitées

Dans une perspective d'amélioration continue, discutons maintenant des changements à apporter dans le futur. Une bonne partie des suggestions concernent l'évaluation, le suivi et l'intervention auprès de la famille. Tout d'abord, dans un contexte différent où il n'y aurait pas eu de plainte au niveau physique, si la rencontre avait été plus longue ou lors d'un suivi post dépistage, il aurait assurément été pertinent d'explorer davantage le contexte familial. Par exemple, on pourrait aborder le contexte de la reconstitution familiale récente ainsi que les liens familiaux entre la patiente, son conjoint et leurs enfants. Cela permettrait de comprendre davantage le fonctionnement de la famille et l'implication avec la situation de santé actuelle et les comportements à risque (Wright & Leahey, 2014). Vu les priorités, cela n'a pas pu être fait lors de la première rencontre. De plus, par souci de collaboration avec la patiente et sa famille, nous aurions pu profiter de cette rencontre de suivi pour présenter l'hypothèse familiale systémique entre Mélanie et son conjoint. On aurait pu convenir à l'avance d'un rendez-vous de suivi post dépistage des ITSS, pour faire un retour et un counseling post-test, plutôt que de faire une simple relance téléphonique (Dion, 2006).

Des améliorations auraient également pu être apportées lors de la première rencontre. Ainsi, il m'a été difficile de mettre en valeur les forces de la famille dans le contexte de vie particulier de cette patiente (Wright & Leahey, 2014). J'aurais tout

bonnement pu la féliciter d'être venue à son rendez-vous de suivi d'ASC-US. Cette difficulté pourrait s'expliquer par mes croyances et mes valeurs personnelles, qui auraient pu être contraignantes. Toutefois, de façon générale, mon attitude était professionnelle et cela n'a pas transparu lors de mes interactions avec la patiente. Le fait d'avoir utilisé la normalisation à quelques occasions a probablement été aidant. Par contre, il pourrait être avantageux dans le futur, de veiller à ne pas systématiquement donner mon opinion ou fournir de l'information, afin de ne pas briser le lien thérapeutique en donnant une impression de jugement (Wright & Leahey). Il est pertinent, à l'occasion de faire un énoncé d'entretien (Richard & Lussier, 2005). Néanmoins, avant de poursuivre avec un counseling ou un entretien motivationnel, il faut s'assurer de la réceptivité des patients. Selon son intérêt et sa motivation, j'aurais pu offrir de l'information spécifique sur une sexualité en santé à Mélanie (Newby, Brown, et al., 2013). À cet effet, il aurait été pertinent, en complément d'une approche de réduction des méfaits, de valider sa motivation et l'importance qu'elle accorde au port du condom (Bonacquisti & Geller, 2012; Forcier & Garofalo, 2013; Golay et al., 2009; Morrison-Beedy et al., 2013). Par exemple, j'aurais pu lui demander : « Quelle importance, de 0 à 10, le port du condom en tout temps a-t-il pour toi? Pourquoi pas 0? Comment pourrait-on faire pour l'augmenter à 6-7-8/10? ». Il est essentiel de toujours tenir compte des besoins de la patiente et de sa famille. Enfin, il pourrait être facilitant de présenter ma réflexion en adoptant une attitude curieuse (Selvini-Palazzoli et al., 1983) : « Je me demande ce qui arriverait, ou comment votre conjoint réagirait si...? ».

Dans une autre perspective, des améliorations pourraient être appropriées pour mon counseling sur les ITSS. Lors du counseling prétest, il serait pertinent de mentionner que le dépistage des ITSS n'inclut pas le VPH et l'herpès. De plus, lors de counseling post-test, il faut expliquer brièvement la notion de période fenêtre des différentes ITSS, pour ne pas induire un faux sentiment de sécurité. Il faut aussi revenir sur l'importance de diminuer les comportements sexuels à risque pour prévenir les ITSS (Dion, 2006). On ne doit pas délaissier l'approche par réduction des méfaits, qui peut parfois aider à diminuer les risques (Société Canadienne de Pédiatrie, 2008). Dans le cas de ma patiente, il aurait peut-être été approprié de profiter de la rencontre, en tenant compte du fait qu'elle avait un statut socioéconomique faible, pour lui remettre gratuitement des condoms. Finalement, il aurait été avantageux de dépister tous les sites à risque pour la gonorrhée, vu les relations anales et orales, en ajoutant une culture de gorge et d'anus au dépistage (Gouvernement du Québec, 2014). Un ajout sera fait à la requête de l'infirmière GMF pour le suivi de l'ASC-US, à cet effet. Dans le même ordre d'idées, il aurait fallu inspecter le pharynx à l'examen physique (ASPC, 2010a). Les améliorations suggérées, pour la rencontre initiale ou pour d'éventuelles rencontres de suivi, témoignent d'une pratique réflexive et des savoirs mobilisés.

Pertinence des savoirs mobilisés

Comme nous le savons déjà, l'essai clinique témoigne la PIA. Celle-ci est caractérisée par des compétences spécifiques qui relèvent de divers savoirs infirmiers : empirique, esthétique, éthique, personnel et émancipatoire (Chinn & Kramer, 2011;

Hamric, 2014). L'IPSPL doit posséder des connaissances issues des sciences infirmières. Toutefois, elle ne doit pas négliger les connaissances empruntées aux sciences médicales et sociales pour approfondir sa compréhension de la situation clinique, améliorer son jugement clinique et intervenir de façon optimale (Dallaire & Blondeau, 2000).

Les sciences infirmières regorgent de modèles conceptuels pertinents aux interventions présentées. Le modèle McGill, axé sur la collaboration avec le client-famille et la promotion de la santé, a orienté ces interventions (Gottlieb & Rowat, 1987). L'intégration de la famille aux soins et l'évaluation systémique ont été facilitées par le biais de l'approche familiale. Les sciences sociales enrichissent les savoirs infirmiers. Le changement de comportement préconisé dans le cadre de l'essai, concernant les habitudes sexuelles, est fortement appuyé par des modèles de changement de comportement issus du domaine psychosocial, tel que décrit par Reid et Aike (2011). De plus, pour intervenir efficacement on peut difficilement faire abstraction de l'entrevue motivationnelle et de la théorie de la réduction des méfaits chez la clientèle à risque.

Une connaissance approfondie du cadre légal, relevant des lignes directrices spécifiques à la pratique des IPSPL, a également été essentielle (OIIQ & CMQ, 2013). Enfin, l'IPSPL doit posséder et maîtriser des connaissances biomédicales ainsi qu'une solide expertise clinique, appuyée par des lignes directrices et des données probantes récentes, le cas échéant. Dans notre situation, on s'est intéressé aux lignes directrices entourant les ITSS, le dépistage du cancer du col utérin et l'EMP chez les adolescents et les adultes, qui contribuent au développement du savoir empirique en PIA.

Le savoir esthétique a également été mis à contribution (Chinn & Kramer, 2011). La collaboration avec le patient-famille est un art : interpréter la situation clinique, créer un lien de confiance avec empathie, établir un partenariat avec des objectifs communs selon une approche centrée sur le patient-famille, reconnaître les compétences de chacun, coordonner les soins de façon harmonieuse, comprendre les autres, intervenir de façon créative, etc. (Dallaire & Blondeau, 2000).

En développant son processus de prise de décision éthique, une autre compétence en PIA, l'IPSPL fait preuve d'un savoir éthique (Chinn & Kramer, 2011; Hamric, 2014). Dans le cadre de la situation clinique réelle, l'implication de ce savoir s'est limitée à l'obtention d'un consentement libre et éclairé de la patiente, en s'assurant d'un counseling prétest clair et adapté au niveau de littéracie de la patiente.

Finalement, le savoir personnel est utilisé de façon implicite (Chinn & Kramer, 2011). Mes expériences professionnelles en lien avec les ITSS étaient limitées. Toutefois, mes expériences et mes valeurs personnelles ont guidé mes interactions auprès de la patiente. J'ai pu constater les difficultés psychologiques liées au diagnostic d'une ITSS ou d'une anomalie cytologique, pouvant mener éventuellement à la coloscopie, auprès de femmes dans mon entourage. Cela m'a sensibilisé à la détresse émotionnelle vécue par les patientes entre les suivis. Il est essentiel que l'IPSPL soit consciente de ses expériences antérieures et de ses valeurs personnelles qui contribuent ou nuisent à ses interactions. Elle doit demeurer objective et reconnaître ses propres limites, dans une optique de qualité des soins. Dans la démarche clinique en temps réel,

cela a plutôt bonifié la relation thérapeutique. Le savoir personnel peut ainsi être utilisé à bon escient.

Alternatives aux savoirs mobilisés

D'autres interventions auraient pu être pertinentes, selon le contexte. La collaboration professionnelle est un savoir empirique important pour les professionnels de la santé, soucieux de répondre aux besoins de leur clientèle. Certaines activités en PIA peuvent être partagées ou empiéter sur le champ d'exercices des autres professionnels de la santé. Toutefois, les perspectives expérientielles, théoriques et philosophiques de la discipline infirmière sont un apport considérable et justifient ces compétences en PIA (Hamric, 2014). Ici, l'IPSPL pouvait agir en toute autonomie, selon son cadre de pratique et les actes médicaux qui lui sont délégués. La collaboration s'est toutefois avérée souhaitable avec l'infirmière GMF pour assurer la continuité des soins. Néanmoins, il aurait pu être pertinent de collaborer avec le médecin partenaire advenant une situation dépassant le cadre légal de l'IPSPL : diagnostic de VIH ou de syphilis, signes et symptômes d'une AIP ou d'un cancer du col de l'utérus, signes d'abus ou référence en colposcopie nécessaire. De plus, selon le contexte conjugal et les patterns relationnels, la patiente pourrait bénéficier des soins d'une sexologue dans le futur. Enfin, si un diagnostic d'ITS-MADO avait été posé, une collaboration avec la DSP dans les 48 heures suivant le test positif aurait été nécessaire (Gouvernement du Québec, 2003; MSSS, 2001, 2014). Cela aurait alors soulevé des considérations éthiques à portée légale, telles que le secret professionnel et le consentement libre éclairé (MSSS, 2014).

En continuant, on ne peut faire abstraction du savoir éthique lorsque l'on est confronté à des comportements sexuels à risque ou à un diagnostic d'ITS-MADO. Des dilemmes éthiques entourant la confidentialité, lors de la déclaration obligatoire et la notification des partenaires, auraient pu survenir dans la situation clinique (MSSS, 2004a). Cela peut soulever des principes éthiques et des valeurs infirmières, tels que l'autonomie-détermination, la confidentialité, la bienfaisance, la non-malfaisance, le bien commun, la responsabilité individuelle, la promotion de la santé, la prévention des maladies, etc. (Hamric; Massé, 2003). Par ailleurs, le dépistage des cancers, dont le cancer cervical, amène également son lot de questions. Les interventions invasives répétées lors de résultats anormaux de dépistage peuvent mener au surdiagnostic et au surtraitement, conduisant ainsi à des préjudices physiques et psychologiques chez les jeunes femmes concernées. La démarche de l'IPSPSPL devrait alors tenir compte des aspects légaux et éthiques, tels que le Code de déontologie des infirmières et infirmiers (Gouvernement du Québec, 2008). De plus, les points de vue des acteurs concernés devraient être pris en compte, en vue de prendre position et d'intervenir pour prévenir le risque de causer des préjudices. À cet effet, une collaboration pourrait être nécessaire avec un psychothérapeute.

Finalement, les infirmières sont souvent appelées à jouer un rôle d'*advocacy* auprès des patients et de leur famille. Ce rôle mobilise leurs savoirs éthique et émancipatoire. Elles doivent être conscientisées face aux inégalités sociales qui peuvent avoir des répercussions sur la santé des patients. Dans le cas présent, les inégalités

sociales sont reconnues et sont liées aux déterminants sociaux de la santé; elles peuvent affecter l'état de santé et limiter les ressources accessibles (AIIC, 2009). Notre patiente présente un statut socioéconomique faible qui la prédispose à adopter des comportements sexuels à risque et donc, indirectement, à contracter des ITSS et à avoir des grossesses non désirées. L'IPSPL doit combattre ces injustices, ou à tout le moins, les identifier et les dénoncer publiquement. Elle doit aussi s'interroger sur la raison d'être de ces problèmes et sur les façons de les régler (Chinn et al.), telles que des mesures visant à favoriser la promotion de la santé et la prévention des maladies. Cela nous amène donc à nous pencher sur l'apport du rôle des IPSPL.

Conclusion et ouverture vers l'avenir

L'IPSPL a beaucoup à offrir en PIA et elle doit promouvoir les savoirs infirmiers. Elle prodigue des soins en collaborant avec le client-famille selon ses besoins. Elle peut intervenir efficacement en fonction des ressources et du potentiel, grâce au lien thérapeutique et à sa vision holistique des soins. Elle doit valoriser la formation continue, telle que les mises à jour des lignes directrices. Par exemple, les activités de prévention clinique démontrent l'importance de la promotion de la santé et de la prévention des maladies, dont les comportements sexuels à risque. Toutefois, l'IPSPL doit démontrer son jugement clinique et établir les priorités de soins, en fonction de son agenda et de celui du patient, et non en fonction d'un cadre rigide.

Dans la situation clinique réelle, l'IPSPL a pu mettre de l'avant des savoirs infirmiers, tels que la collaboration avec les autres professionnels du GMF ainsi qu'une

relation thérapeutique respectueuse basée sur la collaboration avec sa cliente. Ce lien lui a permis d'intervenir efficacement, notamment par le biais de l'entrevue motivationnelle, de la réduction des méfaits, de la promotion de la santé et de la prévention des maladies. Les connaissances médicales acquises lors des cours de PIA lui ont également permis de déterminer le meilleur plan de traitement ainsi que le suivi requis. L'IPSPL a ainsi utilisé son jugement clinique en tenant compte de l'ensemble des facteurs de risque présents, du contexte ainsi que des résultats probants et des lignes directrices. Cela lui a permis d'avoir une vision holistique de la situation et d'exercer une pratique réflexive nécessaire à l'amélioration continue des soins.

L'IPSPL doit s'intégrer dans son milieu de travail. L'établissement d'un lien de confiance assurera une collaboration efficace avec le médecin partenaire et contribuera à la qualité des soins. Pour y arriver, elle devra démontrer un *leadership* au sein de son équipe, de son établissement, de sa communauté et même au niveau provincial. Dans la situation clinique, bien que la collaboration avec le médecin n'était pas nécessaire, l'IPSPL a su mettre à profit la collaboration avec la secrétaire médicale et avec l'infirmière GMF, afin d'assurer la continuité de soins de qualité. Dans le futur, l'IPSPL sera également appelée à s'engager dans sa communauté professionnelle, au sein de l'OIIQ et de l'Association des infirmières praticiennes spécialisées du Québec. La collaboration est une autre compétence essentielle en PIA (Hamric, 2014).

L'IPSPL sera quotidiennement confrontée à son désir d'une plus grande autonomie professionnelle pour augmenter l'accessibilité des soins. Elle devra utiliser sa

position privilégiée dans l'organisation pour promouvoir l'apport de la PIA. Il est important qu'elle ne se définisse pas uniquement en fonction de ses nouvelles tâches. Aux yeux des médecins partenaires, elle ne doit pas seulement posséder une expertise médicale, mais également une expertise infirmière qui contribue à améliorer la qualité des soins prodigués. Le regard infirmier de l'IPSPL dans la situation réelle lui a permis d'apprécier les considérations familiales et leur apport dans la problématique de santé, tel que décrit par l'hypothèse familiale systémique. Cela lui permettra d'intervenir autrement auprès de la cliente et de déterminer, s'il y a lieu, la pertinence de faire une référence à un autre professionnel de la santé. L'IPSPL peut donc, grâce à la versatilité de son rôle et de ses connaissances, contribuer efficacement à la prévention des maladies, telles que les ITSS et le cancer cervical. Ce regard critique permet d'apprécier l'apport de la discipline infirmière à la situation de soins.

En résumé, l'IPSPL doit développer ses compétences en PIA pour assurer des soins de qualité orientés vers les besoins du patient-famille. Elle doit adopter une pratique basée sur les données probantes, améliorer et maintenir son expertise clinique, s'assurer de prendre des décisions éthiques, collaborer efficacement avec le patient-famille et les autres professionnels de la santé, et finalement, exercer un *leadership* clinique. Ces compétences seront garantes de l'avancement de la profession infirmière et des compétences spécifiques allouées aux IPSPL, en plus de soins de qualité accessibles. Les savoirs infirmiers devront encadrer la PIA; l'IPSPL ne doit pas perdre de vue l'essence des soins infirmiers au profit des compétences médicales.

Références

- Agence de la santé publique du Canada. (2009). *Faits et chiffres sur le cancer du col de l'utérus*. Repéré à <http://www.phac-aspc.gc.ca>
- Agence de la santé publique du Canada. (2010a). *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmises sexuellement — Mise à jour en janvier 2010*. Repéré à <http://www.phac-aspc.gc.ca>
- Agence de la santé publique du Canada. (2010b). *Trichomonas Vaginalis*. Repéré à <http://www.phac-aspc.gc.ca>
- Agence de la santé publique du Canada (2012). *Virus du papillome humain (VPH)*. Repéré à <http://www.phac-aspc.gc.ca>
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2005). *Les déterminants sociaux de la santé et les soins infirmiers : Résumé des enjeux*. Repéré à <http://www.cna-aiic.ca/fr/les-enjeux/meilleure-sante/determinants-sociaux-de-la-sante>
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2009). *Énoncé de position : Les déterminants de la santé*. Repéré à <http://www.cna-aiic.ca/fr/les-enjeux/meilleure-sante/determinants-sociaux-de-la-sante>
- Bangpan, M., & Operario, D. (2012). Understanding the role of family on sexual-risk decisions of young women: A systematic review. *AIDS Care*, 24(9), 1163-1172. doi:10.1080/09540121.2012.699667
- Béchamp-Théberge, M.-P., Bernier, M.-F., Dion, K., & Tzouannis, N. (2009). *Les ITSS : questionnaire, dépistage, counselling (suivi étude 2005)*. Travail présenté au Comité d'Évaluation de l'Acte Médical, UMF Estrie, présidé par Dr Yvon Boilard et Dre Annie Roberge.
- Blake, D. R., Fletcher, K., Joshi, N., & Emans, S. J. (2003). Identification of symptoms that indicate a pelvic examination is necessary to exclude PID in adolescent women. *Journal of Pediatrics Adolescent Gynecology*, 16(1), 25-30.
- Bonacquisti, A., & Geller, P. A. (2012). Condom-use intentions and the influence of partner-related barriers among women at risk for HIV. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 3328-3336. doi:10.1111/jocn.12101
- Brûlé, M., & Cloutier, L. (2002). *L'examen clinique dans la pratique infirmière*. Saint-Laurent, Qc : Éditions du Renouveau Pédagogique Inc.
- Buelga, S., & Musitu, G. (2006). Famille et Adolescence : Prévention de conduites à risque. Dans M. Zabalia, & D. Jacquet (Éds), *Adolescence d'aujourd'hui* (pp. 17-35). Rennes : PUF.

- Caruthers, A. S., Van Ryzin, M. J., & Dishion, T. J. (2013). Preventing High-Risk Sexual Behavior in Early Adulthood with Family Interventions in Adolescence: Outcomes and Developmental Processes. *Prevention Science, 15*(Suppl. 1), S59-S69. doi:10.1007/s11121-013-0383-9
- Centers for Disease Control and Prevention. (2010). Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines. *Morbidity and Mortality Weekly Report, 59*(RR-12), 1-111.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2012). Update to CDC's Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2010: Oral Cephalosporins No Longer a Recommended Treatment for Gonococcal Infections. *Morbidity and Mortality Weekly Report, 61*(31), 590-594.
- Chacko, M. R. (2013). Contraception : Overview of issues specific to adolescents. Dans A. B. Middleman (Éd), *UpToDate*. Repéré à <http://www.uptodateonline.com>
- Charles, V. E., & Blum, R. W. (2008). Core competencies and the prevention of high-risk sexual behavior. *New Directions for Child and Adolescent Development, 122*, 61-74. doi : 10.1002/cd.229
- Chinn, P. L., & Kramer, M. K. (2011). *Integrated Theory and Knowledge Development in Nursing. Eight Edition*. St. Louis, MO : Elsevier Mosby.
- Crum, C. P., & Huh, W. K. (2015). Cervical and vaginal cytology : Interpretation of results. Dans B. Goff (Éd), *UpToDate*. Repéré à <http://www.uptodateonline.com>
- Dallaire, C., & Blondeau, D. (2000). Le savoir infirmier : une problématique. Dans O. Goulet & C. Dallaire (dir.). *Les soins infirmiers. Vers de nouvelles perspectives* (p.279-300). Montréal, Qc : Gaëtan Morin éditeur.
- Dion, H. (2006). Counselling ITSS : comment être bref et efficace! *Le Médecin du Québec, 41*(2), 55-58.
- Direction de la santé publique, Agence de la santé et de services sociaux de Montréal, & Association des Médecins Omnipraticiens de Montréal. (2005). *L'examen médical préventif chez les adolescents*. Repéré à <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs31031>
- Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, & Collège des médecins du Québec. (2015). *Fiche de prévention clinique*. Repéré à <http://www.cmq.org>

- Ellis, B. J., Bates, J. E., Dodge, K. A., Fergusson, D. M., Horwood, L. J., Pettit, G. S., & Woodward, L. (2003). Does Father Absence Place Daughters at Special Risk for Early Sexual Activity and Teenage Pregnancy? *Child Development, 74*(3), 801-821.
- Feldman, S., Goodman, A., & Peipert, J. F. (2015). Screening for cervical cancer. Dans B. Goff, & S. W. Fletcher (Éds), *UpToDate*. Repéré à <http://www.uptodateonline.com>
- Feldman, S., & Crum, C. P. (2015). Cervical cancer screening tests : Techniques for cervical cytology and human papillomavirus testing. Dans B. Goff (Éd), *UpToDate*. Repéré à <http://www.uptodateonline.com>
- Forcier, M., & Garofalo, R. (2013). Adolescent sexuality. Dans A. B. Middleman (Éd), *UpToDate*. Repéré à <http://www.uptodateonline.com>
- Fortenberry, D. J. (2013). Sexually transmitted diseases: Overview of issues specific to adolescents. Dans A. B. Middleman, & S. L. Kaplan (Éds), *UpToDate*. Repéré à <http://www.uptodateonline.com>
- Fournier, B., Laberge, C., & Venne, S. (2006). En vous préoccupant de ses partenaires, c'est votre patient que vous aidez... *Le Médecin du Québec, 41*(2), 65-69.
- Frumovitz, M. (2015). Invasive cervical cancer : Epidemiology, risk factors, clinical manifestations, and diagnosis. Dans B. Goff (Éd), *UpToDate*. Repéré à <http://www.uptodateonline.com>
- Gebhardt, W. A., Empelen, P. V., & Beurden, D. V. (2009). Predicting preparatory behaviours for condom use in female undergraduate students: a one-year follow-up study. *International Journal of STD & AIDS, 20*, 161-164. doi:10.1258/ijsa.2008.008233.
- Golay, A., Lagger, G., & Giordan, A. (2009). *Comment motiver le patient à changer?* Paris : Éditions Maloine.
- Goldenring, J. M., & Rosen, D. S. (2004). Getting into adolescent heads : An essential update. *Contemporary Pediatrics, 1*-19.
- Gottlieb, L. N. , & Rowat, K. (1987). The McGill model of nursing : A practice-derived model. *Advances in Nursing Science, 9*(4), 51-61.

- Gouvernement du Québec. (2003). *Règlement ministériel d'application de la Loi sur la santé publique*. Repéré à <http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca>
- Gouvernement du Québec. (2008). *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*. Repéré à <http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca>
- Gouvernement du Québec. (2013). *Protocole d'immunisation du Québec*. Repéré à http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/piq/piq_complet.pdf, mise à jour avril 2015.
- Gouvernement du Québec. (2014). *Prélèvements et analyses recommandés en fonction de l'infection recherchée chez les personnes asymptomatiques (dépistage)*. Repéré à www.msss.gouv.qc.ca/itss
- Goodman, A., & Huh, W. K. (2015a). Cervical cytology : Evaluation of atypical and malignant glandular cells. Dans B. Goff (Éd), *UpToDate*. Repéré à <http://www.uptodateonline.com>
- Goodman, A., & Huh, W. K. (2015b). Cervical cytology : Evaluation of atypical squamous cells (ACS-US and ASC-H). Dans B. Goff (Éd), *UpToDate*. Repéré à <http://www.uptodateonline.com>
- Goodman, A., & Huh, W. K. (2015c). Cervical cytology : Evaluation of low-grade squamous intraepithelial lesions. Dans B. Goff (Éd), *UpToDate*. Repéré à <http://www.uptodateonline.com>
- Hainer, B. L., & Gibson, M. V. (2011). Vaginitis: Diagnosis and Treatment. *American Family Physician*, 83(7), 807-815.
- Hamric, A. B. (2014). A definition of Advanced Practice Nursing. Dans A. B. Hamric, C. M. Hanson, M. F. Tracy, M.F., & E. T. O'Grady (Éd.). *Advanced Practice Nursing. An Integrative Approach*. St-Louis, Missouri : Saunders (5e éd.), p.67-85.
- Huerta-Franco, R., Diaz de Leon, J., & Malacara, J. M. (1996). Knowledge and attitudes toward sexuality in adolescents and their association with the family and other factors. *Adolescence*, 31(121), 179-191.
- Hutchinson, M. K., Jemmott, J. B., Sweet Jemmott, L., Braverman, P., & Fong, G. T. (2003). The Role of Mother-Daughter Sexual Risk Communication in Reducing Sexual Risk Behaviors Among Urban Adolescent Females: A Prospective Study. *Journal of Adolescent Health*, 33, 98-107. doi:10.1016/S1054-139X(03)00183-6

- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2013a). *Traitement pharmacologique ITSS. Cervicite muco-purulente. Atteinte inflammatoire pelvienne (AIP). Urétrite. Épididymite/orchi-épididymite*. Repéré à <http://www.inesss.qc.ca>
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2013b). *Traitement pharmacologique ITSS. Infection à chlamydia trachomatis. Infection à neisseria gonorrhoeae*. Repéré à <http://www.inesss.qc.ca>
- Institut national de santé publique du Québec. (2007). *ITSS à rechercher selon les facteurs de risque décelés (à titre indicatif)*. Repéré à www.msss.gouv.qc.ca/itss
- Institut national de santé publique du Québec. (2011). *Lignes directrices sur le dépistage du cancer du col utérin au Québec*. Repéré à <http://www.inspq.qc.ca/publications/theme11.asp>
- Ison, C. A., & Lewis, D. A. (2010). 2. Gonorrhoea. Dans S. A. Morse, R. C., Ballard, K. K. Holmes, & A. A. Moreland (Éds), *Atlas of Sexually Transmitted Diseases and AIDS* (4^e éd., pp. 24-39). Edinburgh: Elsevier Health Sciences.
- Larkin, E., Phay, R.-P., Pouliot, C., Labbé, S., & Allard, S. (2011). *L'évaluation du suivi des anomalies des cellules pavimenteuse d'origine indéterminée (ASC-US) lors de la cytologie cervicale*. Évaluation de l'acte médical au GMF des deux Rives, 2011.
- Lescano, C. M., Vazquez, E. A., Brown, L. K., Litvin, E. B., & Pugatch, D. (2006). Condom Use with "Casual" and "Main" Partners: What's in a Name? *Journal of Adolescent Health*, 39, 443.e1- 443.e7. doi:10.1016/j.jadohealth.2006.01.003
- Marrazzo, J. (2013a). Acute cervicitis. Dans R. L. Barbieri, & N. A. Hynes (Éds), *UpToDate*. Repéré à <http://www.uptodateonline.com>
- Marrazzo, J. (2013b). Clinical manifestations of Chlamydia trachomatis infections. Dans N. A. Hynes (Éd), *UpToDate*. Repéré à <http://www.uptodateonline.com>
- Marrazzo, J., Hillier, S., & Sobel, J. (2010). 5. Vaginal Infections. Dans S. A. Morse, R. C., Ballard, K. K. Holmes, & A. A. Moreland (Éds), *Atlas of Sexually Transmitted Diseases and AIDS* (4^e éd., pp. 76-93). Edinburgh: Elsevier Health Sciences.
- Massé, R. (2003). *Éthique et santé publique. Enjeux, valeurs et normativité*. Québec : Les Presses de l'Université Laval.
- Masters, N. T., George, W. H., Davis, K. C., Norris, J., Heiman, J. R., Jacques-Tiura, A. J., ... Stappenbeck, C. A. (2014). Women's Unprotected Sex Intentions: Roles of

- Sexual Victimization, Intoxication, and Partner Perception. *Journal of Sex Research*, 51(5), 586-598. doi:10.1080/00224499.2012.763086
- Mayor, M. T., Roett, M. A., & Uduhiri, K. A. (2012). Diagnosis and Management of Gonococcal Infections. *American Family Physician*, 86(10), 931-938.
- Meschke, L. L., Bartholomae, S., & Zentall, S. R. (2002). Adolescent Sexuality and Parent-Adolescent Processes: Promoting Healthy Teen Choices. *Journal of Adolescent Health*, 31, 264-279.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2001). *Projet de loi no 36. Loi sur la santé publique*. Document officiel de l'Assemblée Nationale. Repéré à <http://www.assnat.qc.ca/fr/recherche/recherche-avancee.html?zn=0>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2004a). *Programme québécois d'intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une infection transmissible sexuellement et auprès de leurs partenaires*. Repéré à <http://www.msss.gouv.qc.ca>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2004b). *Stratégie québécoise de lutte contre l'infection par le VIH et le sida, l'infection par le VHC et les infections transmissibles sexuellement*. Repéré à <http://www.msss.gouv.qc.ca>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2005). *Entre baisers et caresses, une ITS s'est faufilée... Il faut en parler!* Repéré à <http://www.msss.gouv.qc.ca>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2006). *Guide québécois de dépistage. Infections transmissibles sexuellement et par le sang*. Repéré à <http://www.msss.gouv.qc.ca>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2014). *Guide d'intervention. Infections transmissibles sexuellement à déclaration obligatoire*. Repéré à <http://www.msss.gouv.qc.ca>
- Morrison-Beedy, D., Xia, Y., & Passmore, D. (2013). Sexual risk factors for partner age discordance in adolescent girls and their male partners. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 3289-3299. doi:10.1111/jocn.12408
- Newby, K. V., Brown, K. E., French, D. P., & Wallace, L. M. (2013). Which outcome expectancies are important in determining young adults' intentions to use condom with casual sexual partner?: a cross sectional study. *BioMed Central Public Health*, 13(133), 1-10. doi:10.1186/1471-2458-13-133

- Newby, K. V., French, D. P., Brown, K. E., & Wallace, L. M. (2013). Beliefs underlying chlamydia risk appraisals: the relationship with young adults' intentions to use condoms. *Journal of Risk Research*, 16(7), 843-860. doi:10.1080/13669877.2012.743158
- Newby, K. V., Wallace, L. M., & French, D. P. (2012). How do young adults perceive the risk of chlamydia infection? A qualitative study. *British Journal of Health Psychology*, 17, 144-154. doi:10.1111/j.2044-8287.2011.02027.x
- Oman, R. F., Vesely, S. K., & Aspy, C. B. (2005). Youth Assets and Sexual Risk Behavior: The Importance Of Assets for Youth Residing in One-Parent Households. *Perspective on Sexual and Reproductive Health*, 37(1), 25-31.
- O'Farrell, N., & Weiss, H. A. (2013). Effect of Chlamydia diagnosis on heterosexual relationships. *International Journal of STD & AIDS*, 24(9), 722-726. doi:10.1177/0956462413482422
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, & Collège des médecins du Québec. (2013). *Lignes directrices. Pratique clinique de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne*. Repéré à <http://www.oiiq.org/sites/default/files/2379-Lignes-directrices-IPSPL.pdf>
- Parera, N., & Surís, J.-C. (2004). Having a Good Relationship with Their Mother: A Protective Factor against Sexual Risk Behavior among Adolescent Females? *Journal of Pediatrics Adolescent Gynecology*, 17, 267-271. doi:10.1016/j.jpag.2004.05.002
- Porter, R. S., & Kaplan, J. L. (2011). *The Merck Manual Of Diagnosis and Therapy - Nineteenth Edition*. Whitehouse Station, NJ : Merck Sharp & Dohme Corp.
- Reid, A. E., & Aike, L. S. (2011). Integration of Five Health Behaviour Models: Common Strengths and Unique Contributions to Understanding Condom Use. *Psychology and Health*, 26(11), 1499-1520. doi:10.1080/08870446.2011.572259
- Richard, C., & Lussier, M.-T. (2005). *La communication professionnelle en santé*. Saint-Laurent, Qc : Éditions du renouveau pédagogique Inc.
- Robinson, W., R. (2015). Screening for cervical cancer in HIV-infected women. Dans B. Goff (Éd), *UpToDate*. Repéré à <http://www.uptodateonline.com>

- Rotermann, M. (2012). Comportement sexuel et utilisation du condom chez les 15 à 24 ans en 2003 et en 2009-2010. Pour Statistique Canada, *Rapports sur la santé*, 23(1), 41-45. Repéré à <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003x/2012001/article/11632-fra.htm>
- Schouten, B. C., Van Den Putte, B., Pasmans, M., & Mccuwesen, L. (2007). Parent-adolescent communication about sexuality: The role of adolescents' beliefs, subjective norm and perceived control. *Patient Education and Counseling*, 66, 75-83. doi:10.1016/j.pec.2006.10.010
- Secor-Turner, M., McMorris, B., Sieving, R., & Bearinger, L. H. (2013). Life Experiences of Instability and Sexual Risk Behaviors Among High-Risk Adolescent Females. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 45(2), 101-107. doi:10.1363/4510113
- Selvini-Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., Prata, G. (1983). Hypothesizing, Circularity, Neutrality. Three Guidelines for the Conductor of the Session. *Thérapie familiale*, 4(2), 117-132.
- Shier, M., & Bryson, P. (2007). Chapitre 8 : Vaccins. Dans La société des obstétriciens et gynécologues du Canada. (Éd), *Directive clinique canadienne de consensus sur le virus du papillome humain, Vol. 29(8) : Journal d'obstétrique et de gynécologie du Canada* (supplément 3, pp. S57-S61). Ottawa, On : Journal d'obstétrique et de gynécologie du Canada.
- Sobel, J. D. (2013a). Approach to women with symptoms of vaginitis. Dans R. L. Barbieri (Éd), *UpToDate*. Repéré à <http://www.uptodateonline.com>
- Sobel, J. D. (2013b). Bacterial vaginosis. Dans R. L. Barbieri (Éd), *UpToDate*. Repéré à <http://www.uptodateonline.com>
- Sobel, J. D. (2013c). Candida vulvovaginitis. Dans R. L. Barbieri, & C. A. Kauffman (Éds), *UpToDate*. Repéré à <http://www.uptodateonline.com>
- Sobel, J. D. (2013d). Trichomoniasis. Dans R. L. Barbieri (Éd), *UpToDate*. Repéré à <http://www.uptodateonline.com>
- Société Canadienne de Pédiatrie. (2008). La réduction des méfaits : Une démarche pour réduire les comportements à risque des adolescents en matière de santé. *Paediatric and Child Health*, 13(1), 57-60.

- Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, Société de gynéco-oncologie du Canada, & Société canadienne des coloscopistes. (2013). *Déclaration de principe : Recommandations concernant le dépistage du cancer du col de l'utérus*. Repéré à <http://www.inspq.qc.ca/aspx/fr/contraception.aspx?sortcode=1.48.50.55>
- Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. (2007). Directive clinique canadienne de consensus sur le virus du papillome humain. *Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada*, 29(8), supplément 3, S1-S64.
- Staras, S. A. S., Livingston, M. D., Maldonado-Molina, M. M., & Komro, K. A. (2013). The Influence of Sexual Partner on Condom Use Among Urban Adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 53, 742-748.
- Swartzendruber, A., Zenilman, J. M., Niccolai, L. M., Kershaw, T. S., Brown, J. L., DiClemente, R. J., & Sales, J. M. (2013). It Takes 2: Partner Attributes Associated With Sexually Transmitted Infections Among Adolescents. *Sexually Transmitted Diseases*, 40(5), 372-378. doi:10.1097/OLQ.0b013e318283d2c9
- Unemo, M., & Papp, J. R. (2010). 3. Infections Caused by Chlamydia Trachomatis. Dans S. A. Morse, R. C., Ballard, K. K. Holmes, & A. A. Moreland (Éds), *Atlas of Sexually Transmitted Diseases and AIDS* (4^e éd., pp. 40-63). Edinburgh: Elsevier Health Sciences.
- Veilleux Lemieux, M., Frappier, J.-Y., & McDuff, P. (2010). Parent-Adolescent Communication, Role Model in Sexuality and Their Impact on Sexual Health of Teens. *Journal of Adolescent Health*, 46(2), S38-S39.
- Weiss, J. A. (2007). Let us talk about it: Safe adolescent sexual decision making. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 19, 450-458. doi:10.1111/j.1745-7599.2007.00252.x
- Wiesenfeld, H., & Paavonen, J. (2010). 6. Pelvic Inflammatory Disease. Dans S. A. Morse, R. C., Ballard, K. K. Holmes, & A. A. Moreland (Éds), *Atlas of Sexually Transmitted Diseases and AIDS* (4^e éd., pp. 94-110). Edinburgh: Elsevier Health Sciences.
- Woodrome, S. E., Zimet, G. D., Orr, D. P., & Fortenberry, J. D. (2006). Dyadic alcohol use and relationship quality as predictors of condom non-use among adolescent females. *Journal of Adolescent Health*, 38, 305-306. doi:10.1016/j.jadohealth.2005.03.018

Wright, L. M., & Leahey, M. (2014). *L'infirmière et la famille. Guide d'évaluation et d'intervention* (4^e éd.). Canada : Éditions du Renouveau Pédagogique Inc.

Zenilman, J. M. (2013). Genital Chlamydia trachomatis infections in women. Dans N. A. Hynes (Éd), *UpToDate*. Repéré à <http://www.uptodateonline.com>

Zielinski, R. E. (2013). Assessment of Women's Sexual Health Using a Holistic, Patient-Centered Approach. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 58, 321-327. doi:10.1111/jmwh.12044

Appendice A
Entrevue HEADSS

Tableau II : « HEADSS », questionnaire psychosocial chez les adolescents

Suggestion d'amorce

« Si tu le permets, j'aimerais te poser certaines questions personnelles qui peuvent être importantes pour ta santé et qui me permettront de mieux te connaître. À tout moment, tu peux me dire que tu ne désires pas répondre à une question. Je t'assure que ces informations demeurent confidentielles, c'est-à-dire entre toi et moi. Je n'en parlerai pas à tes parents, à tes professeurs ou autres personnes sans ta permission. La seule exception est si je juge que, toi ou quelqu'un d'autre, courriez un danger grave. Dans ce cas, il me faut agir parce que je trouve important de te protéger ou protéger toute autre personne. Je pourrai alors t'informer à qui je transmets l'information, quels renseignements je fournirai et pour quelles raisons. Les seules personnes qui peuvent avoir accès à ton dossier médical sont mes collègues que tu consulterais en mon absence. »

H=Habitat (home)

Avec qui l'adolescent vit-il ? Changement récent. Quelles interrelations dans la famille ? Sources de désaccords. Comment sont-ils résolus ? Est-ce que l'adolescent a quelqu'un à la maison en qui il a confiance et avec qui il pourrait discuter des difficultés personnelles ?

⚠ Violence familiale, fugue, absence de supervision ou de soutien.

E=Éducation, école

Quelles sont les choses que l'adolescent aime ou n'aime pas à l'école ? Fréquence de l'absentéisme. Résultats scolaires (succès, difficultés, changement récent). Activités parascolaires. Projets pour l'avenir.

⚠ Absentéisme scolaire régulier, échecs scolaires, changement récent dans les résultats scolaires.

A=Activités, amis

Activités pratiquées pour le plaisir. Activités physiques. Activités avec les amis. Qui sont ses amis ? Présence d'amis avec qui il peut partager des confidences. Emploi rémunéré.

⚠ Absence d'activités qui procurent du plaisir, isolement ou retrait social.

D=Diète, alimentation

Comment l'adolescent juge son alimentation ? Désir de perdre du poids. Satisfaction de son image corporelle. Régime.

⚠ Désir de perdre du poids malgré un IMC normal.

S=Sommeil, substances, santé mentale, suicide

Qualité du sommeil. Difficulté à s'endormir. Substances (tabac, alcool, drogues, médicaments : début, fréquence, quantité). Problème de jeu de hasard et d'argent. Conséquences négatives associées (absentéisme ou exclusion scolaire, conduite avec facultés affaiblies, conduites sexuelles à risque, démêlés avec la justice). Humeur (être triste plusieurs fois par semaine; être stressé; être agressif). Idées de mourir, de s'enlever la vie, antécédent de tentatives suicidaires.

⚠ Éléments qui laissent à penser que l'adolescent vit une situation plus difficile qui mérite une attention particulière et probablement un suivi.

⚠ Difficulté régulière à s'endormir (penser à dépression, abus de substances); initiation précoce à la consommation de substances, consommation régulière, polyconsommation; tristesse la plupart du temps (bon indicateur d'un état dépressif), tentative suicidaire antérieure.

S=Sexualité

Ne pas présumer qu'il est actif sexuellement ou préjuger de son orientation sexuelle. Est-ce que tu vis une relation amoureuse actuellement ? Ou en as-tu vécu une ? Est-ce que tu envisages d'avoir des relations sexuelles ? As-tu déjà eu des relations sexuelles ? Est-ce que c'était avec un garçon, une fille ou les deux ? (Risques et protection à l'égard des ITSS et des grossesses). Est-ce que les relations se déroulent de manière agréable ? Est-ce qu'il t'est déjà arrivé de subir des gestes sexuels alors que tu ne le désirais pas ?

⚠ Abus sexuel, violence dans les relations amoureuses, rupture récente.

Figure 1. Questionnaire psychosocial HEADSS (DSP, ASSS, & AMOM, 2005).

Appendice B
Facteurs de risque des adolescents

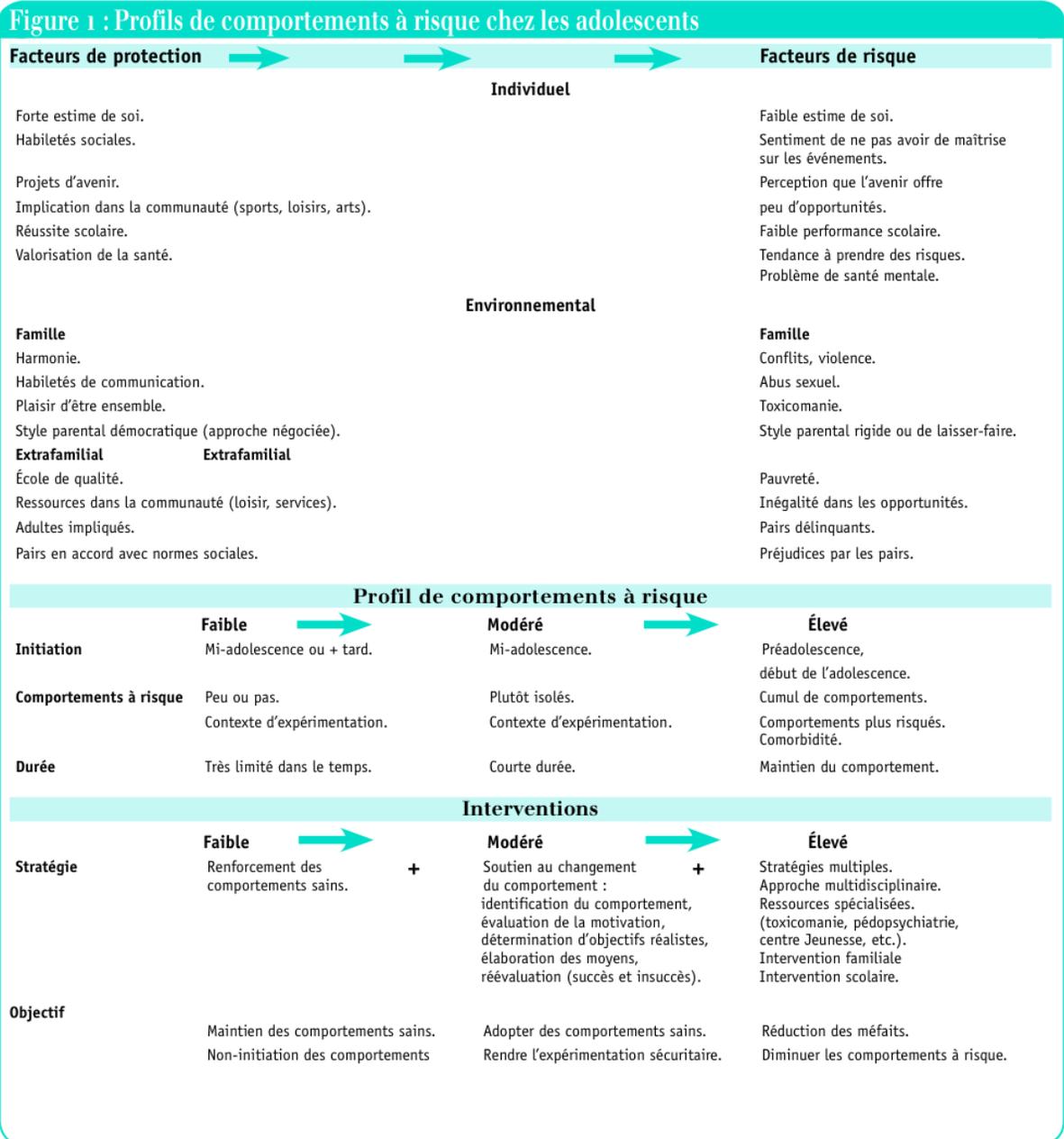


Figure 2. Profils de comportements à risque chez les adolescents (DSP, ASSS, & AMOM, 2005).

Appendice C

Interventions lors de l'examen préventif chez l'adolescent

Tableau 1

Interventions recommandées ou suggérées lors d'un examen préventif chez un adolescent (12-20 ans)

Tableau III : Interventions recommandées ou suggérées lors d'un examen préventif chez un adolescent (12 à 20 ans)*	
INTERVENTIONS POUR LA POPULATION ADOLESCENTE GÉNÉRALE	
COUNSELING	DÉPISTAGE
<i>Alimentation et activités physiques</i>	Taille et poids.
Limiter gras et cholestérol; maintenir un apport calorique équilibré; apport adéquat en fruits et légumes.	Tension artérielle.
Apport adéquat en calcium (femmes).	Cytologie cervicale ¹ .
Pratique régulière d'activités physiques.	Dépistage Chlamydia ² .
<i>Consommation de substances</i>	IMMUNISATIONS
Non-initiation du tabagisme.	Diphthérie-tétanos (dCat) ³ .
Cessation tabagique/ Référence à des groupes de cessation tabagique.	Rougeole, rubéole, oreillons (RRO) ⁴ .
Éviter (ou limiter) la consommation d'alcool ou de drogues illicites. S'abstenir de consommer de l'alcool et des drogues lors de la conduite de véhicules motorisés ou d'activités récréatives (ex.: baignade).	Rubéole ⁵ (femmes).
<i>Comportements sexuels</i>	Hépatite B.
ITS : éviter pratiques sexuelles à risque.	Varicelle ⁶ .
Utilisation régulière du condom.	
Grossesse non désirée : contraception (dont la contraception orale d'urgence).	CHEMOPROPHYLAXIE
	Supplément d'acide folique chez les adolescentes enceintes ou planifiant une grossesse.
INTERVENTIONS POUR LES POPULATIONS ADOLESCENTES À RISQUE	
POPULATION	INTERVENTIONS
Comportements à haut risque pour ITSS ⁷	Dépistage gonorrhée, VIH, syphilis, vaccination contre hépatite A ⁸ et B ⁹
Maladies chroniques ¹⁰	Vaccin contre le pneumocoque, influenza

*Adapté de : Age-specific Charts, Ages 11-24 Years, de U.S. Preventive Services Task Force (1996 et mises à jour) en tenant compte des recommandations canadiennes.

1 Chez adolescentes ayant eu des relations sexuelles, selon un intervalle \leq 3ans (Recommandations actuellement en révision).

2 Personne avec un nouveau partenaire sexuel dans les 2-3 derniers mois, ou plus de deux partenaires dans la dernière année, ou ayant des antécédents d'ITS ou d'IVG.

3 Administrer à une reprise, à titre de rappel, aux adolescents n'ayant jamais reçu le vaccin acellulaire contre la coqueluche.

4 Administrer une deuxième dose de RRO aux adolescents n'ayant reçu qu'une seule dose.

5 Vérifier le statut immunitaire (histoire antérieure de vaccination, sérologie) ou administration du vaccin (RRO).

6 Sans histoire ou immunisation antérieures à l'égard de la varicelle.

7 Personnes avec de multiples partenaires; hommes ayant des relations avec des hommes; jeunes de la rue; utilisateurs de drogues dures, injectables ou non; personnes ayant des activités sexuelles en échange d'argent, drogues.

8 Hommes ayant des relations avec des hommes, utilisateurs de drogues injectables.

9 Si non vacciné contre l'hépatite B.

10 Maladies chroniques cardiaques, pulmonaires, métaboliques (diabète) ou rénales.

(DSP, ASSS, & AMOM, 2005)

Appendice D
Facteurs de risque des vaginites et des ITSS

Tableau 2

Facteurs de risque des vaginites

Table 2. Risk Factors Contributing to Vaginitis	
<i>Type of vaginitis</i>	<i>Risk factors</i>
Bacterial vaginosis	Low socioeconomic status, vaginal douching, smoking, use of an intrauterine contraceptive device, new/multiple sex partners, unprotected sexual intercourse, homosexual relationships, frequent use of higher doses of spermicide nonoxynol-9
Trichomoniasis	Low socioeconomic status, multiple sex partners, lifetime frequency of sexual activity, other sexually transmitted infections, lack of barrier contraceptive use, illicit drug use, smoking
Vulvovaginal candidiasis	Vaginal or systemic antibiotic use, diet high in refined sugars, uncontrolled diabetes mellitus
Atrophic vaginitis	Menopause, other conditions associated with estrogen deficiency, oophorectomy, radiation therapy, chemotherapy, immunologic disorders, premature ovarian failure, endocrine disorders, antiestrogen medication
Irritant contact dermatitis	Soaps, tampons, contraceptive devices, sex toys, pessary, topical products, douching, fastidious cleansing, medications, clothing
Allergic contact dermatitis	Sperm, douching, latex condoms or diaphragms, tampons, topical products, medications, clothing, atopic history

Information from references 3 through 11.

(Hainer & Gibson, 2011)

Tableau 3
Facteurs de risque des ITSS

Facteurs de risque	ITSS À RECHERCHER					
	Infection à <i>Chlamydia trachomatis</i>	Infection gonococcique	Syphilis	Infection par le VIH	Hépatite B ¹	Hépatite C
✓ : Dépistage recommandé						
<i>La personne qui a eu des relations sexuelles non protégées avec une personne appartenant à l'un ou l'autre des groupes 2 à 7 ou au groupe 11 devrait se soumettre aux mêmes analyses que si elle faisait partie de ce groupe. Cela ne s'applique généralement pas pour l'hépatite C, dont la transmission sexuelle est faible.</i>						
Critères sociodémographiques et facteurs liés aux comportements sexuels						
1. Personne de moins de 25 ans sexuellement active sans autre facteur de risque	✓					
2. Personne ayant eu plus de deux partenaires sexuels au cours des deux derniers mois ou plus de cinq partenaires au cours de la dernière année ou un partenaire anonyme au cours de la dernière année	✓	✓	✓	✓	✓	
3. Personne ayant eu une relation sexuelle avec un partenaire originaire d'une région où les ITS ou le VIH sont endémiques	✓	✓	✓	✓	✓	
4. Personne originaire d'une région où le VIH est endémique				✓	✓	
5. Homme ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes	✓	✓	✓	✓	✓	
6. Travailleur ou travailleuse du sexe	✓	✓	✓	✓	✓	
7. Jeune de la rue	✓	✓	✓	✓	✓	
Antécédents médicaux						
8. ITSS antérieure						
a. Personne ayant contracté une infection génitale à <i>Chlamydia trachomatis</i> , répéter le dépistage six mois plus tard	✓					
b. Personne ayant contracté une infection gonococcique, répéter le dépistage six mois plus tard	✓	✓				
c. Personne ayant contracté une infection gonococcique, une syphilis, une infection par le VIH, une hépatite B ou une hépatite C ² au cours de la dernière année ³	✓	✓	✓	✓	✓	✓ ⁴
Grossesse⁵						
9. Femme demandant une interruption de grossesse	✓	✓				
10. Femme enceinte	✓	✓	✓	✓	✓	
a. Bilan prénatal de base chez toutes les femmes enceintes	✓	✓	✓	✓	✓	
b. Répéter le dépistage ⁶ si on note une nouvelle exposition ou la persistance d'un comportement à risque ou si le partenaire présente un facteur de risque	✓	✓	✓	✓	✓	
Exposition à du sang ou à d'autres liquides biologiques						
11. Utilisateur de drogues par injection ou par inhalation				✓	✓	✓
12. Exposition à du sang ou à d'autres liquides biologiques potentiellement infectés (tatouage ou perçage dans des conditions non stériles, exposition en milieu de travail) ⁷				✓	✓	✓
13. Personne ayant subi des procédures (chirurgicales ou autres) avec du matériel contaminé dans des régions du monde où la prévalence de ces infections est élevée				✓	✓	✓
14. Transfusion de sang ou de produits sanguins, greffe de cellules, de tissus ou d'organe				✓ ⁸	✓ ⁸	✓ ⁸
Autre						
15. Personne demandant un dépistage après un counseling prétest, même en l'absence de facteur de risque avoué	✓	✓	✓	✓	✓	✓

(INSPQ, 2007, reproduction partielle du tableau)

Appendice E
Causes de sécrétions vaginales et de prurit vaginal

Tableau 4

Causes de sécrétions vaginales et de prurit vaginal chez les femmes en âge de procréer

CAUSE	SUGGESTIVE FINDINGS	DIAGNOSTIC APPROACH*
Women of reproductive age		
Bacterial vaginosis	Malodorous (fishy), thin, gray vaginal discharge with pruritus and irritation Erythema and edema uncommon	Criteria for diagnosis (3 of 4): Gray discharge Vaginal secretion pH > 4.5 Fishy odor to discharge Clue cells seen during microscopic examination
Candidal infection	Vulvar and vaginal irritation, edema, pruritus Discharge that resembles cottage cheese and adheres to the vaginal wall Sometimes worsening of symptoms after intercourse and before menses Sometimes recent antibiotic use or history of diabetes	Clinical evaluation plus Vaginal pH < 4.5 Yeast or hyphae identified on a wet mount or KOH preparation Sometimes culture
Trichomonal infection	Yellow-green, frothy vaginal discharge, often with soreness, erythema, and edema of the vulva and vagina Sometimes dysuria and dyspareunia Sometimes punctate, red "strawberry" spots on the vaginal walls or cervix Mild cervical motion tenderness often detected during bimanual examination	Motile, pear-shaped flagellated organisms seen during microscopic examination Rapid diagnostic assay for <i>Trichomonas</i> , if available
Foreign bodies (often a forgotten tampon)	Extremely malodorous, often profuse vaginal discharge, often with vaginal erythema, dysuria, and sometimes dyspareunia Object visible during examination	Clinical evaluation
All ages		
Hypersensitivity reactions	Vulvovaginal erythema, edema, pruritus (often intense), vaginal discharge	Clinical evaluation Trial of avoidance

	History of recent use of hygiene sprays or perfume, bath water additives, topical treatment for candidal infections, fabric softeners, bleaches, or laundry soaps	
Inflammatory (eg, pelvic radiation, oophorectomy, chemotherapy) [†]	Purulent vaginal discharge, dyspareunia, dysuria, irritation Sometimes pruritus, erythema, burning pain, mild bleeding Thin, dry vaginal tissue	Diagnosis of exclusion based on history and risk factors Vaginal pH > 6 Negative whiff test Granulocytes and parabasal cells seen during microscopic examination
Enteric fistulas (complication of delivery, pelvic surgery, or inflammatory bowel disease)	Malodorous vaginal discharge with passage of feces from vagina	Direct visualization or palpation of the fistula in the lower part of the vagina

*If discharge is present, microscopic examination of a saline wet mount and KOH preparation and cultures for sexually transmitted organisms are done (unless a non infectious cause such as allergy or a foreign body is obvious).

[†]Such inflammatory conditions are an uncommon cause of vaginitis.
KOH = K hydroxide.

(Porter & Kaplan, 2011, reproduction partielle du tableau 244.5)

Appendice F
Types de vaginites les plus fréquentes

Tableau 5

Types de vaginites les plus fréquentes

DISORDER	TYPICAL SYMPTOMS AND SIGNS	CRITERIA FOR DIAGNOSIS	MICROSCOPIC FINDINGS	DIFFERENTIAL DIAGNOSIS
Bacterial vaginosis	Gray, thin, fishy-smelling discharge, often with pruritus and irritation; no dyspareunia	Three of the following: Gray discharge, pH > 4.5, fishy odor, and clue cells	Clue cells, decreased lactobacilli, increased coccobacilli	Trichomonal vaginitis
Candidal vaginitis	Thick, white discharge; vaginal and sometimes vulvar pruritus with or without burning, irritation, or dyspareunia	Typical discharge, pH < 4.5, and microscopic findings*	Budding yeast, pseudohyphae, or mycelia; best examined with 10% K hydroxide diluent	Contact irritant or allergic vulvitis Chemical irritation Vulvodynia
Trichomonal vaginitis	Profuse, malodorous, yellow-green discharge; dysuria; dyspareunia; erythema	Identification of causative organism by microscopy* (occasionally by culture)	Motile, flagellated protozoa, increased PMNs	Bacterial vaginosis Inflammatory vaginitis
Inflammatory vaginitis	Purulent discharge, vaginal dryness and thinning, dyspareunia, dysuria; usually in postmenopausal women	pH > 6, negative whiff test, and characteristic microscopy findings	Increased PMNs, parabasal cells, and cocci; decreased bacilli	Erosive lichen planus

*Culture is needed if microscopic findings are negative or symptoms persist.

(Porter & Kaplan, 2011, reproduction partielle du tableau 253.1)

Tableau 6

Causes, signes et symptômes de vaginites

Table 1. Causes, Symptoms, and Signs of Vaginitis				
<i>Type</i>	<i>Etiology</i>	<i>Clinical symptoms</i>		
		<i>Discharge</i>	<i>Pain</i>	<i>Pruritus</i>
Bacterial vaginosis	<i>Gardnerella vaginalis</i> , <i>Mycoplasma hominis</i> Anaerobic bacteria: <i>Prevotella</i> species, <i>Mobiluncus</i> species	Malodorous; homogenous; clear, white, or gray; fishy odor	Not primary symptom	Not primary symptom
Trichomoniasis	<i>Trichomonas vaginalis</i>	Green-yellow, frothy	Pain with sexual intercourse, vaginal soreness, dysuria	Not primary symptom
Vulvovaginal candidiasis	<i>Candida albicans</i> , <i>Candida</i> <i>krusei</i> , <i>Candida glabrata</i>	White, thick, lack of odor	Burning, dysuria, dyspareunia	Frequent
Atrophic vaginitis	Estrogen deficiency	Yellow, greenish, lack of odor	Vaginal dryness, pain with sexual intercourse	Rare
Erosive lichen planus	Etiology is unknown	Yellow or gray	Intense pain, dyspareunia, postcoital bleeding	Intense
Irritant or allergic contact dermatitis	Contact irritation or allergic reaction with episodic flares	Minimal	Burning on acute contact, soreness	More likely in allergic reactions
<i>Information from references 2 and 3.</i>				

(Hainer & Gibson, 2011)

Appendice G

Patterns de communication circulaire des hypothèses familiales systémiques

Comportements : communique peu ou pas avec sa mère et est peu réceptive à l'éducation sexuelle que celle-ci pourrait vouloir lui inculquer. Se replie sur elle-même et refuse que sa mère vienne à son EMP annuel, car ne veut pas qu'elle s'immisce dans sa vie privée.

Perçoit l'attitude de l'IPSPL comme étant intrusive à l'instar de sa mère. Directive avec l'IPSPL, car trouve ses questions peu pertinentes. Elle manque de connaissances et pourrait craindre que les informations soient transmises à sa mère. Pourrait adopter des comportements sexuels à risque par manque de connaissances, favorisant les ITS et les grossesses non désirées.



Besoins : de soutien, de se faire respecter, de s'affirmer et d'être autonome.

Sentiments : elle en a assez de sa mère, se sent exaspérée et frustrée. Mal à l'aise de parler de sexualité avec sa mère.

Pensées : ma mère ne me comprend pas et ne me soutient pas; elle veut seulement me contrôler. Elle exagère et s'inquiète pour rien; il n'y a aucun risque.

Pensées : je dois protéger ma fille, elle est vulnérable et ne peut faire des choix adéquats.

Sentiments : inquiète pour la santé et l'avenir de sa fille. Mal à l'aise de parler de sexualité avec sa fille.

Besoins : de protéger sa fille et de se faire respecter.



Comportements : stricte ou directive envers sa fille, lui interdit beaucoup d'activités, critique ses comportements et ses choix de vie. Évite de parler de sexualité ou en parle de façon détournée ou négative.

Figure 3. Pattern de communication circulaire de l'hypothèse familiale systématique alternative avec Mme Lévy, sa mère et l'IPSPL.

Comportements : consomme de l'alcool avant les rapports sexuels, n'amène pas de condom lors des sorties, laisse son partenaire décider du moyen de contraception et/ou tolère des comportements sexuels à risque.

Risques minimisés lors d'une relation avec un partenaire régulier. Peut mener à l'adoption de comportements sexuels à risque, ce qui augmente les risques d'ITS et de grossesse non désirée. Le pattern peut être répété lors de relations monogames successives.



Mme Lévy

Partenaire sexuel

Besoins : d'affection, d'intimité, de présence et d'un lien durable.

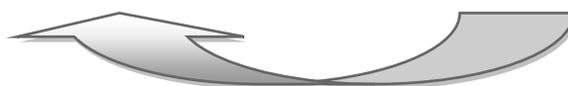
Sentiments : prise au dépourvu et vulnérable.

Pensées : ai-je vraiment le contrôle? Va-t-il croire que je le trompe ou que je pense qu'il est infidèle? Si je veux qu'il m'accepte telle que je suis, je dois accéder à ses demandes, de toute façon je prends la pilule.

Pensées : ça ne sert à rien de se protéger vu qu'elle prend la pilule, en plus ça coupe la spontanéité.

Sentiments : excité, emballé, confiant.

Besoin : de contact physique.



Comportements : précipite les rapprochements sexuels, ne veut pas utiliser le condom et n'en a pas en sa possession au moment opportun.

Figure 4. Pattern de communication circulaire de l'hypothèse familiale systématique retenue avec Mme Lévy et son partenaire sexuel.

Comportements : ne peut se résoudre à faire les premiers pas vers son père, se replie sur elle-même.

Peut mener à une relation père-fille inexistante. L'absence du père peut se traduire par une vie sexuelle débutée à un jeune âge, l'adoption de comportements sexuels à risque à l'adolescence et des relations inadéquates avec les hommes de façon générale. Les risques d'ITSS et de grossesse non désirée peuvent être augmentés indirectement.

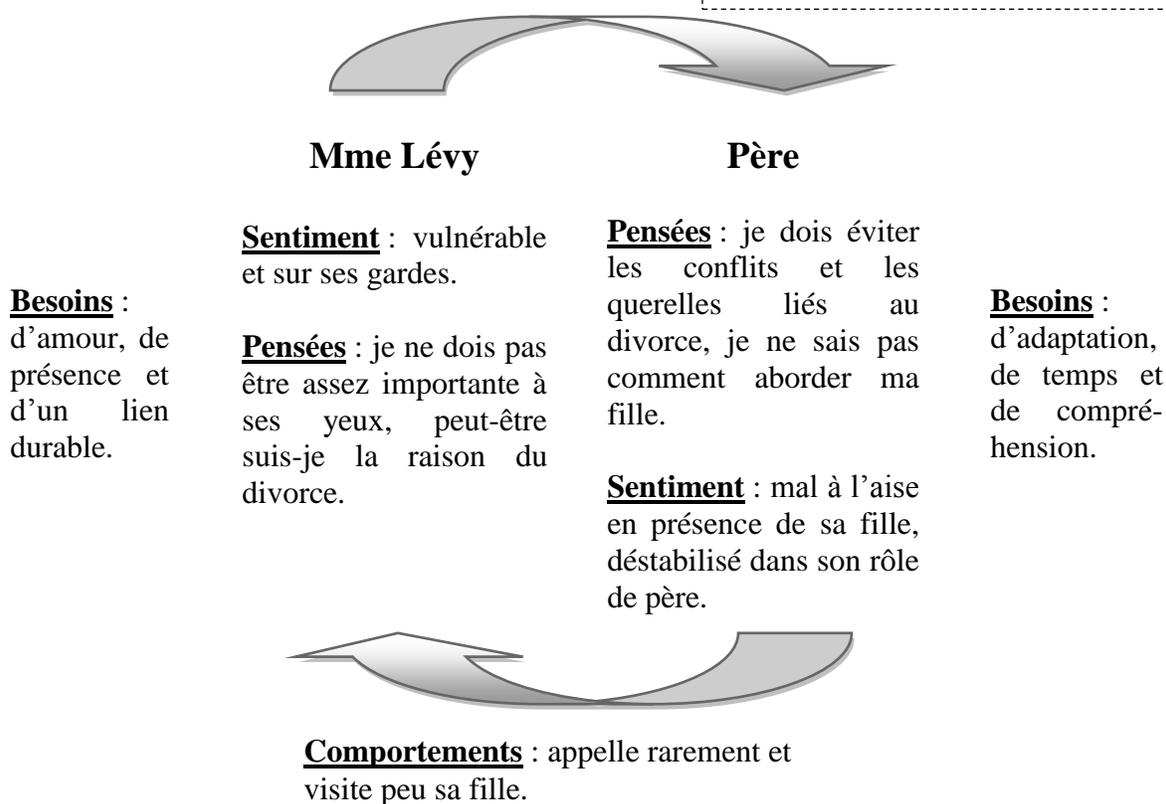


Figure 5. Pattern de communication circulaire de l'hypothèse familiale systématique avec Mme Lévy et son père.

Appendice H
Approche syndromique des ITSS

Tableau 7

Approche syndromique pour le diagnostic et la prise en charge des ITS

Syndrome	Signes et symptômes	Étiologie	Échantillons et analyses de laboratoire	Résultats des analyses de microscopie et des examens cliniques	Étapes suivantes/considérations spéciales
Cervicite (femmes)	Écoulement cervical muco-purulente Friabilité du col utérin Pertes vaginales Douleurs abdominales basses Col piqueté vasculaire rouge « col fraise »	Causes possibles : <i>N. gonorrhœæ</i> <i>C. trachomatis</i> <i>Trichomonas vaginalis</i>	Écouvillonnage cervical pour une coloration de Gram, pour une mise en culture de la gonorrhée et pour la <i>C. trachomatis</i> (TAAN ou culture)	Présence de ≥ 20 PN par champ(x1000) dans 5 champs avec écoulement cervical muco-purulent et (ou), friabilité du col utérin	Voir le chapitre « Infections à <i>Chlamydia</i> » pour les recommandations relatives au traitement, à moins que l'on soupçonne la présence d'une gonorrhée; dans ce cas, voir le chapitre « Infections gonococciques ». Note : Même si la coloration de gram n'est pas un test à haute sensibilité, elle peut être utile dans le diagnostic de la cervicite et de la gonorrhée chez les femmes symptomatiques.
			Virus Herpes simplex	Écouvillonnage des lésions cervicales pour le VHS	
			Écouvillonnage vaginal pour préparation à l'état frais	Trichomonas	Voir le chapitre « Pertes vaginales » pour les recommandations relatives au traitement.
				Lorsque les résultats des examens microscopiques ne sont pas immédiatement disponibles	Traiter pour une infection à <i>N. gonorrhœæ</i> et à <i>C. trachomatis</i> si le ou la partenaire est infecté(e) par la gonorrhée ou si le suivi n'est pas assuré. OU Traiter pour une infection à <i>C. trachomatis</i> et envisager un traitement contre <i>N. gonorrhœæ</i> si la prévalence locale est élevée ou lorsque les relations sexuelles ont eu lieu au sein d'une région à prévalence élevée.

Approche syndromique pour le diagnostic et la prise en charge des ITS (suite)

Syndrome	Signes et symptômes	Étiologie	Échantillons et analyses de laboratoire	Résultats des analyses de microscopie et des examens cliniques	Étapes suivantes/ considérations spéciales		
Pertes vaginales et faible risque d'ITS (pour les facteurs de risque, voir le chapitre « Soins primaires et infections transmissibles sexuellement »)	Pertes vaginales	Le plus fréquent : Vaginose bactérienne	Écouvillonnage vaginal pour analyser le pH et faire une coloration de Gram	À l'examen : Pertes liquides, blanches ou grises, abondantes Au microscope : Prédominance de bacilles Gram négatif et de coccobacilles; présence de « clue cells »; pH vaginal > 4,5, odeur d'amine positive	Traitement de la vaginose bactérienne Voir le chapitre « Pertes vaginales » pour les recommandations relatives au traitement.		
	Odeur vaginale				Candidose vulvo-vaginale	Écouvillonnage vaginal pour préparation à l'état frais et la recherche d'odeur d'amine	À l'examen : Pertes blanches, en grains ou en mottes Au microscope : Levure bourgeonnante, filaments pseudo-mycéliens et, s'il est possible de tester le pH, présence d'un pH vaginal < 4,5, odeur d'amine négative
	Prurit vaginal/vulvaire	Trichomonase	À l'examen : Pertes écumeuses, blanches ou jaunes Au microscope : Protozoaire mobile flagellé (Trichomonas) et, s'il est possible de tester le pH, présence d'un pH vaginal > 4,5, odeur d'amine négative	Traitement de la trichomonase Voir le chapitre « Pertes vaginales » pour les recommandations relatives au traitement. Traiter les partenaires sexuels.			
	Érythème vaginal/vulvaire						
Dysurie							

Approche syndromique pour le diagnostic et la prise en charge des ITS (suite)

Syndrome	Signes et symptômes	Étiologie	Échantillons et analyses de laboratoire	Résultats des analyses de microscopie et des examens cliniques	Étapes suivantes/ considérations spéciales
Pertes vaginales et risque élevé d'ITS (pour les facteurs de risque, voir le chapitre « Soins primaires et infections transmissibles sexuellement »)	Pertes vaginales Odeur vaginale Prurit vaginal/ vulvaire Érythème vaginal/ vulvaire Dysurie	Les plus fréquentes : Vaginose bactérienne Candidose vulvo-vaginale Trichomonase	Comme ci-dessus, plus écouvillonnage cervical pour une mise en culture pour la gonorrhée Écouvillonnage cervical pour la <i>C. trachomatis</i> (TAAN ou la mise en culture) Pour les femmes n'ayant pas de col utérin, voir les chapitres « Infections gonococciques » et « Infections à <i>Chlamydia</i> » pour les recommandations relatives au prélèvement des échantillons.	Comme indiqué ci-dessus	Comme indiqué ci-dessus Pour les patients à risque élevé, lorsqu'il n'est pas possible d'effectuer des analyses ou un examen microscopique, ou si le suivi n'est pas garanti, traiter le patient comme s'il s'agissait d'une vaginose bactérienne, d'une candidose vulvo-vaginale, d'une trichomonase, d'une <i>Chlamydia trachomatis</i> et envisager un traitement contre <i>N. gonorrhœæ</i> si la prévalence locale est élevée ou lorsque les relations sexuelles ont eu lieu au sein d'une région à prévalence élevée.

(ASPC, 2010a, reproduction partielle du tableau 1 de la section 4)

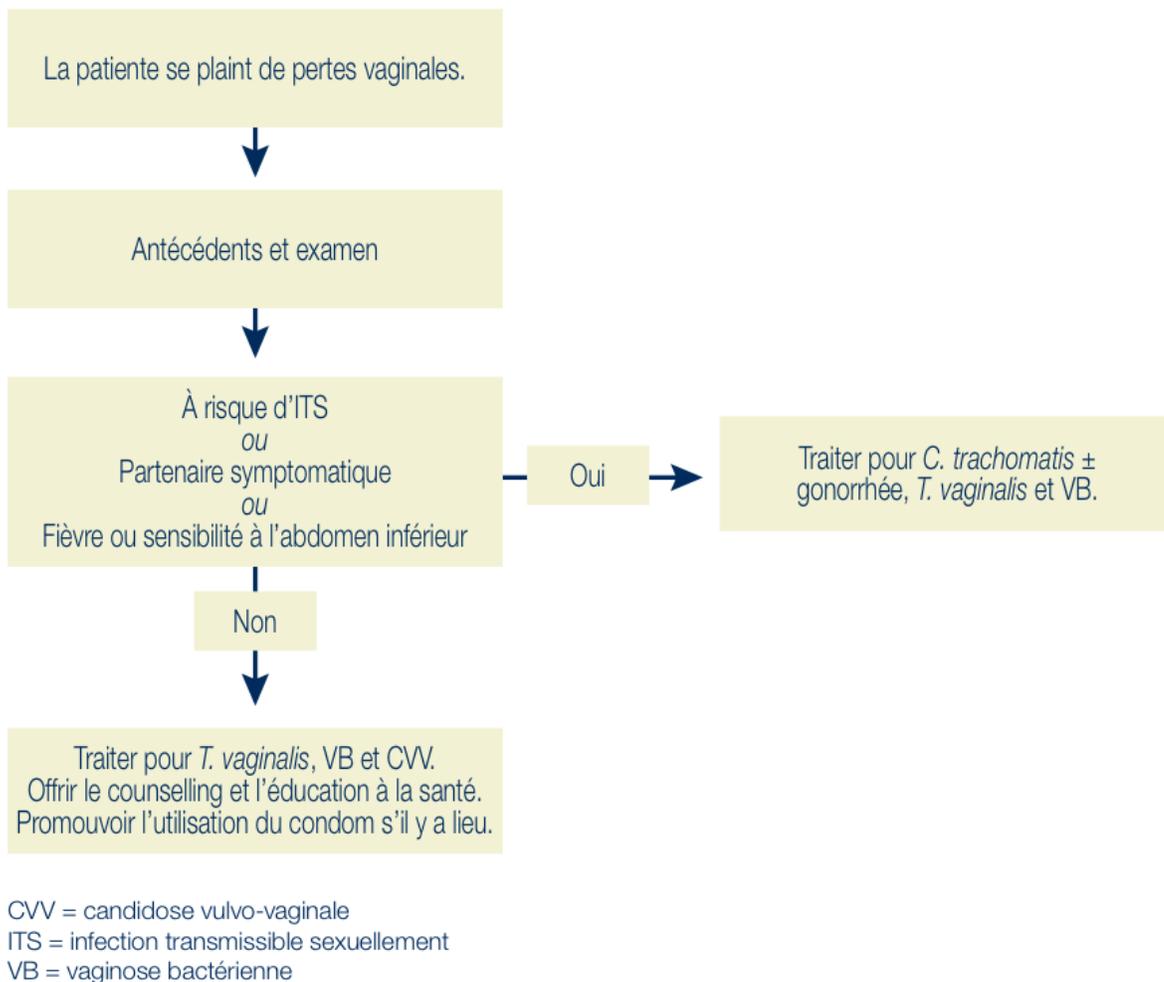


Figure 6. Algorithme de la prise en charge syndromique des pertes vaginales de l'Organisation mondiale de la santé (ASPC, 2010a)

Appendice I
Évaluation des facteurs de risque à l'anamnèse

Box 1. The Five P's: Partners, Prevention of Pregnancy, Protection from STDs, Practices, and Past History of STDs

1. Partners
 - “Do you have sex with men, women, or both?”
 - “In the past 2 months, how many partners have you had sex with?”
 - “In the past 12 months, how many partners have you had sex with?”
 - “Is it possible that any of your sex partners in the past 12 months had sex with someone else while they were still in a sexual relationship with you?”
 2. Prevention of pregnancy
 - “What are you doing to prevent pregnancy?”
 3. Protection from STDs
 - “What do you do to protect yourself from STDs and HIV?”
 4. Practices
 - “To understand your risks for STDs, I need to understand the kind of sex you have had recently.”
 - “Have you had vaginal sex, meaning ‘penis in vagina sex?’ If yes, “Do you use condoms: never, sometimes, or always?”
 - “Have you had anal sex, meaning ‘penis in rectum/ anus sex?’ If yes, “Do you use condoms: never, sometimes, or always?”
 - “Have you had oral sex, meaning ‘mouth on penis/ vagina?’”
- For condom answers:
- If “never:” “Why don’t you use condoms?”
 - If “sometimes:” “In what situations (or with whom) do you not use condoms?”
5. Past history of STDs
 - “Have you ever had an STD?”
 - “Have any of your partners had an STD?”
- Additional questions to identify HIV and viral hepatitis risk include:
- “Have you or any of your partners ever injected drugs?”
 - “Have any of your partners exchanged money or drugs for sex?”
 - “Is there anything else about your sexual practices that I need to know about?”

Figure 7. Questions à poser lors de l’anamnèse entourant l’HMA pour déterminer les facteurs de risque d’ITSS (CDC, 2010).

Appendice J
Traitements pharmacologiques

Uncomplicated gonococcal infections of the cervix, urethra, and rectum

Recommended regimen

Ceftriaxone 250 mg in a single intramuscular dose

PLUS

Azithromycin 1 g orally in a single dose

or doxycycline 100 mg orally twice daily for 7 days*

Alternative regimens

If ceftriaxone is not available:

Cefixime 400 mg in a single oral dose

PLUS

Azithromycin 1 g orally in a single dose

or doxycycline 100 mg orally twice daily for 7 days*

PLUS

Test-of-cure in 1 week

If the patient has severe cephalosporin allergy:

Azithromycin 2 g in a single oral dose

PLUS

Test-of-cure in 1 week

Uncomplicated gonococcal infections of the pharynx

Recommended regimen

Ceftriaxone 250 mg in a single intramuscular dose

PLUS

Azithromycin 1 g orally in a single dose

or doxycycline 100 mg orally twice daily for 7 days*

*Because of the high prevalence of tetracycline resistance among Gonococcal Isolate Surveillance Project isolates, particularly those with elevated minimum inhibitory concentrations to cefixime, the use of azithromycin as the second antimicrobial is preferred.

Figure 8. Traitement recommandé de la gonorrhée (CDC, 2012).

TRAITEMENT RECOMMANDÉ ¹			
CERVICITE MUCOPURULENTE ET URÉTRITE			
ADULTES ET ADOLESCENTS DE 14 ANS OU PLUS, EXCLUANT LES FEMMES ENCEINTES OU QUI ALLAIENT			
PRINCIPES DE TRAITEMENT			
Traitement avec les quinolones non recommandé lorsqu'une infection causée par <i>C. trachomatis</i> ou <i>N. gonorrhoeae</i> est fortement suspectée			
▶ Pathogènes les plus fréquemment impliqués : <i>C. trachomatis</i> et <i>N. gonorrhoeae</i>			
PREMIER CHOIX		DEUXIÈME CHOIX	
ANTIBIOTIQUE ²	POSOLOGIE	ANTIBIOTIQUE ²	POSOLOGIE
Azithromycine ^{3,4} (Zithromax [®])	1 g, PO, en dose unique	Doxycycline ⁵ (Vibramycine [®])	100 mg, PO, BID pour 7 jours
ET		ET	
Céfixime (Suprax [®])	800 mg, PO, en dose unique	Céfixime (Suprax [®])	800 mg, PO, en dose unique
<div style="border: 1px dashed red; padding: 5px; display: inline-block;"> Si allergie aux céphalosporines ou allergie de type 1 à la pénicilline : Azithromycine^{3,4,6} (Zithromax[®]) 2 g, PO, en dose unique </div>			
SUIVI			
Afin de détecter une possible réinfection, toutes les personnes infectées par <i>C. trachomatis</i> ou <i>N. gonorrhoeae</i> devraient être dépistées 6 mois après l'infection initiale.			
<p>▶ Test de contrôle de l'efficacité du traitement à effectuer dans les situations suivantes : grossesse, persistance des signes ou des symptômes, possibilité de réinfection pendant ou après le traitement, problème anticipé d'adhésion au traitement, résistance démontrée à l'antibiotique utilisé, partenaire d'un patient chez qui une résistance à l'antibiotique utilisé a été démontrée, échec antérieur à un traitement, utilisation d'un autre schéma thérapeutique que ceux recommandés et infection gonococcique pharyngée.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le test de contrôle à privilégier est la culture effectuée 3 à 7 jours après la fin du traitement pour les infections à <i>N. gonorrhoeae</i> chez les adultes et les adolescents de 14 ans ou plus. • Le test de contrôle à privilégier est le TAA (p. ex. PCR) effectué de 3 semaines après la fin du traitement pour les infections gonococciques pour lesquelles il est impossible d'obtenir un prélèvement pour la culture de <i>N. gonorrhoeae</i> et pour les infections à <i>C. trachomatis</i>. <p>▶ Une réévaluation clinique peut être nécessaire avant la tenue du test de contrôle dans certains cas, notamment lors de la persistance des signes ou des symptômes.</p> <p>▶ Pour la cervicite mucopurulente : Investigation supplémentaire et consultation d'un collègue expérimenté au besoin si les symptômes persistent ou réapparaissent après la fin du traitement ou bien, en présence de lésions visibles du col.</p> <p>▶ Pour l'urétrite : La disparition des symptômes peut prendre jusqu'à 7 jours après la fin du traitement. Une réévaluation est nécessaire si les symptômes persistent ou réapparaissent après la fin du traitement (soit une semaine après le début de ce dernier). En l'absence de résultat de laboratoire ou de signe clinique, la seule présence de symptômes ne justifie pas l'amorce d'un nouveau traitement.</p>			

1. L'ordre de présentation des antibiotiques prend en compte les données d'efficacité et d'innocuité, la résistance aux antibiotiques, la facilité du schéma d'administration ainsi que les coûts.
2. Une seule marque de commerce a été inscrite, bien que plusieurs fabricants puissent offrir les produits sous d'autres noms commerciaux. Différentes versions génériques existent également.
3. Si la personne souffre de vomissements dans l'heure suivant l'administration de l'azithromycine, administrer une autre dose et un antiémétique prophylactique.
4. Chez les personnes de moins de 45 kg, une dose unique de 12 à 15 mg/kg et de 24 à 30 mg/kg est recommandée en remplacement d'une dose de 1 g et de 2 g respectivement.
5. L'usage de la doxycycline est contre-indiqué chez les femmes enceintes et celles qui allaitent.
6. L'azithromycine selon cette posologie est efficace pour traiter l'infection à *C. trachomatis* ET l'infection à *N. gonorrhoeae*.

Figure 9. Traitement recommandé de la cervicite mucopurulente (INESSS, 2013a).

TRAITEMENT RECOMMANDÉ ¹				
ADULTES ET ADOLESCENTS DE 14 ANS OU PLUS, INCLUANT LES FEMMES ENCEINTES OU QUI ALLAIENT				
	Infection à CHLAMYDIA TRACHOMATIS		Infection à NEISSERIA GONORRHOEAE	
	ANTIBIOTIQUE ²	POSOLOGIE	ANTIBIOTIQUE ²	POSOLOGIE
PREMIER CHOIX	Azithromycine ^{4,5} (Zithromax ^{MC})	1 g, PO, en dose unique	Infection urétrale, endocervicale ou rectale ³	
			Cefixime (Suprax ^{MC})	800 mg, PO, en dose unique
			OU	
			Ceftriaxone ⁶ (Rocephin ^{MC})	250 mg, IM, en dose unique
			ET	
			Traitement contre l'infection à <i>C. trachomatis</i>	—
			Si allergie aux céphalosporines ou allergie de type 1 à la pénicilline : Azithromycine ^{4,5,7} (Zithromax ^{MC}) 2 g, PO, en dose unique	
			Infection pharyngée	
			Ceftriaxone ⁶ (Rocephin ^{MC})	250 mg, IM, en dose unique
			ET	
			Traitement contre l'infection à <i>C. trachomatis</i>	—
			Si allergie aux céphalosporines ou allergie de type 1 à la pénicilline : Azithromycine ^{4,5,7} (Zithromax ^{MC}) 2 g, PO, en dose unique	
DEUXIÈME CHOIX	Doxycycline (Vibramycine ^{MC})	100 mg, PO, BID pour 7 jours		
	OU			
	Ofloxacin ⁸ (Floxin ^{MC})	300 mg, PO, BID pour 7 jours		
	Pour les femmes enceintes ou qui allaitent :			
	Amoxicilline ⁹ (Amoxil ^{MC})			
	500 mg, PO, TID pour 7 jours			

1. L'ordre de présentation des antibiotiques prend en compte les données d'efficacité et d'innocuité, la résistance aux antibiotiques, la facilité du schéma d'administration ainsi que les coûts.
2. Une seule marque de commerce a été inscrite, bien que plusieurs fabricants puissent offrir les produits sous d'autres noms commerciaux. Différentes versions génériques existent également.
3. Dans le traitement d'une infection urétrale, endocervicale ou rectale à *N. gonorrhoeae*, les quinolones peuvent être considérées comme traitement de deuxième choix chez les adultes de 18 ans ou plus (à l'exception des femmes enceintes ou qui allaitent) seulement si des épreuves de sensibilité aux antimicrobiens sont disponibles ET que la sensibilité aux quinolones est démontrée. Le traitement recommandé est alors le suivant : ciprofloxacine 500 mg, PO, en dose unique ET traitement contre l'infection à *C. trachomatis*.
4. Si la personne souffre de vomissements dans l'heure suivant la prise de l'azithromycine, administrer une autre dose et un antiémétique prophylactique.
5. Chez les personnes de moins de 45 kg, une dose unique de 12 à 15 mg/kg et de 24 à 30 mg/kg est recommandée en remplacement d'une dose de 1 g et de 2 g respectivement.
6. Le diluant privilégié de la ceftriaxone est la lidocaïne à 1 % sans épinéphrine (0,9 ml/250 mg) pour diminuer l'inconfort.
7. L'azithromycine selon cette posologie est efficace pour traiter l'infection à *C. trachomatis* ET l'infection à *N. gonorrhoeae*.
8. Il existe une mise en garde quant à l'utilisation des quinolones chez les moins de 18 ans.
9. Ce produit est recommandé dans les Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement, bien qu'il n'ait pas reçu l'homologation par Santé Canada pour cette indication.

Figure 10. Traitement recommandé de la chlamydia et de la gonorrhée (INESSS, 2013b).

Appendice K
Suivi des anomalies au test cytologique

Tableau 9

Recommandations issues de revues systématiques pour le suivi des lésions cytologiques

Suivi des lésions suite au test cytologique		
Anomalies et lésions des cellules épidermoïdes	ASC-US	Femmes de 21-24 ans : répéter cytologie dans 12 mois. Si -, ASC-US ou LSIL, répéter dans 12 mois. Si ASC-US ou lésions de plus haut grade, orienter en colposcopie. Si -, répéter dans 12 mois. Si encore -, retour au dépistage usuel.
		Femmes ≥ 25 ans : test VPH oncogènes. Orienter en colposcopie si +. Si test VPH non disponible, répéter la cytologie dans 12 mois. Si persistance ASC-US ou lésions de plus haut grade, référer en colposcopie. Sinon retour au dépistage usuel.
	ASC-H	Orienter toutes les femmes en colposcopie.
	LSIL	Femmes de 21-24 ans : répéter cytologie dans 12 mois. Si ASC-H, HSIL ou AGC, orienter en colposcopie. Si -, ASC-US ou LSIL, répéter dans 12 mois. Si ASC-US ou autres lésions de plus haut grade orienter en colposcopie. Si -, répéter dans 12 mois. Si encore -, retour au dépistage usuel.
		Femmes de 25-29 ans : Orienter en colposcopie.
		Femmes ≥ 30 ans : test VPH. Si + orienter en colposcopie. Si -, répéter cytologie et test VPH dans 12 mois.
	HSIL	Orienter toutes les femmes en colposcopie.
AGC		<ul style="list-style-type: none"> - Référer pour colposcopie et biopsie de l'endomètre les femmes ≥ 35 ans ou les femmes plus jeunes qui ont des facteurs de risque du cancer de l'endomètre - Si AGC des cellules endométriales, colposcopie non nécessaire. Orienter pour une biopsie de l'endomètre et un prélèvement endocervical. - Orienter en colposcopie les femmes avec combinaison d'AGC et d'anomalies des cellules squameuses.
Cellules de l'endomètre	Femmes ≥ 40 ans	Biopsie de l'endomètre si Sx ou facteurs de risque de cancer.

(Crum & Huh, 2015; Goodman & Huh, 2015a, 2015b, 2015c)

Tableau 10

*Recommandations pour le suivi des ASC-US selon l'INSPQ***Tableau 2 Indications de dépistage et de tri des résultats équivoques (ASC-US) selon l'âge**

Âge	Dépistage	Tri des résultats ASC-US
< 21 ans	Non indiqué (sauf exceptions)	Répétition du test cytologique à 6 et à 12 mois si un test de dépistage a été fait Orientation en coloscopie si résultat ASC-US ou plus grave à l'un des tests cytologiques
21-29 ans	Test cytologique tous les 2 ou 3 ans	Répétition du test cytologique à 6 et à 12 mois Orientation en coloscopie si résultat ASC-US ou plus grave à l'un des tests cytologiques
30-65 ans	Test cytologique tous les 2 ou 3 ans	Test VPH Si + : orientation en coloscopie Si - : répéter le test cytologique après 1 an
≥ 66 ans	Test cytologique si indiqué (absence de dépistage antérieur ou récent, dernier résultat inconnu)	Test VPH Si + : orientation en coloscopie Si - : répéter le test cytologique après 1 an

(INSPQ, 2011)

Appendice L
Fiche de prévention clinique



Figure 11. Activités de prévention clinique (CMQ, 2015)