

Scénario pour la recommandation relative au dépistage de la chlamydia et de la gonorrhée en soins primaires chez les personnes non connues comme appartenant à un groupe à risque

[Diapositive 1]

- Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs
- Ligne directrice sur le dépistage de la chlamydia et de la gonorrhée dans le cadre des soins primaires chez les personnes qui ne sont pas considérées comme faisant partie d'un groupe à haut risque

[Diapositive 2]

- À la suite de la publication de la ligne directrice, ces diapositives seront mises à la disposition du public comme outil pédagogique afin d'aider à sa diffusion, à son adoption et à sa mise en œuvre dans la pratique clinique en soins de santé primaires.
- Il est possible d'utiliser une partie ou l'ensemble des présentes diapositives dans des contextes éducatifs.

[Diapositive 3]

- Les membres du Groupe d'étude qui ont formé le groupe de travail pour cette ligne directrice sont : Ainsley Moore, Brenda Wilson, Donna Reynolds, Guylène Thériault, Brett Thombs, John Riva.
- Les porte-parole du Groupe d'étude sont : Ainsley Moore, Brenda Wilson, Donna Reynolds, Guylène Thériault.
- Les experts en contenu étaient Jo-Anne Dillon, Ameeta Singh, Tom Wong, Anne Burchell. Les experts en contenu sont des conseillers externes du groupe de travail et ne votent pas sur l'orientation ou la force des recommandations, et n'y contribuent pas.

[Diapositive 4]

- Aperçu du webinaire
 - Présentation
 - Renseignements généraux sur la chlamydia et la gonorrhée
 - Méthodes utilisées par le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (GECSSP)
 - Recommandations
 - Résultats
 - Justification des recommandations
 - Lacunes dans les connaissances et prochaines étapes
 - Conclusions

- Questions et réponses

[Diapositive 5]

- Contexte

[Diapositive 6]

- La chlamydia et la gonorrhée sont les infections sexuellement transmissibles les plus courantes au Canada. Leurs taux ont augmenté de façon constante depuis 2000.
- La prévalence réelle est inconnue, mais les taux déclarés chez les 15 à 29 ans étaient de 1,0 à 1,9 % pour la chlamydia et de 0,2 à 0,3 % pour la gonorrhée; les taux chez les personnes de plus de 30 ans étaient beaucoup plus faibles, à <0,5 % pour la chlamydia et à <0,2 % pour la gonorrhée.

[Diapositive 7]

- Étant donné que ces infections sont généralement asymptomatiques, la sous-déclaration est estimée à au moins 70 %, ce qui signifie que les taux réels de chlamydia sont probablement de l'ordre de 5 à 7 % chez les personnes de 15 à 29 ans.

[Diapositive 8]

- Ce tableau présente quelques-unes des principales conséquences de la chlamydia et de la gonorrhée non traitées, ainsi que la probabilité estimée d'occurrence. La plupart de ces données proviennent d'études sur la chlamydia non traitée, mais des études sur la gonorrhée ont montré, par exemple, que la maladie inflammatoire pelvienne pourrait être plus probable avec la gonorrhée non traitée.
- La douleur pelvienne est dite chronique quand elle dure plus de six mois.

[Diapositive 9]

- Le dépistage pourrait aider à réduire les complications cliniques en décelant les personnes atteintes de chlamydia ou de gonorrhée et en traitant les infections. Étant donné le taux élevé d'infections asymptomatiques (la plupart des infections sont asymptomatiques), ces personnes ne seront identifiées que par un dépistage général, et non par le dépistage des personnes présentant des symptômes.

[Diapositive 10]

- Il existe des lignes directrices nationales élaborées par l'Agence de la santé publique du Canada, mais elles ont été mises à jour pour la dernière fois en 2010 pour ce qui est des recommandations

sur le dépistage; de plus, elles ne comprennent pas de recommandations sur le dépistage de la gonorrhée. Le Groupe d'étude a déterminé qu'il fallait mettre à jour les lignes directrices nationales dans ce domaine en se fondant sur un examen systématique et rigoureux des avantages et des inconvénients potentiels ainsi que des valeurs et des préférences des patients.

[Diapositive 11]

- La population d'intérêt comprend toutes les personnes sexuellement actives de moins de 30 ans qui ne sont PAS CONNUES par le fournisseur de soins de santé comme étant à risque élevé. Les lecteurs doivent se référer aux directives nationales, provinciales ou locales pertinentes pour le dépistage des personnes connues pour avoir des comportements à haut risque particuliers (p. ex. les personnes qui ont plusieurs partenaires sexuels, qui ont des antécédents d'IST, ou qui ont des rapports sexuels sans préservatif, bien que cela varie selon l'administration), le dépistage des personnes qui recherchent des soins en raison de symptômes et les femmes enceintes ainsi que pour les stratégies en matière de sélection du traitement antibiotique approprié, de notification du partenaire, de réalisation d'un second test et de médecine légale.

[Diapositive 12]

- Méthodes

[Diapositive 13]

- Le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs est un organisme indépendant composé d'un maximum de 15 cliniciens et spécialistes des méthodes.
- Il a pour mandat d'élaborer des lignes directrices pour la pratique clinique fondées sur des données probantes afin d'appuyer les fournisseurs de soins de santé primaires dans leur prestation de soins de santé préventifs.
- Ultiment, l'objectif du Groupe d'étude est d'améliorer la santé des Canadiens en veillant à ce que les fournisseurs de soins de santé primaires aient accès à des lignes directrices pour la pratique clinique fondées sur les meilleures données probantes disponibles.

[Diapositive 14]

- Le Groupe d'étude collabore avec les centres d'examen et de synthèse des données probantes (CESDP) qui examinent les données probantes de façon indépendante.
- Les CESDP entreprennent un examen systématique de la documentation en fonction du cadre d'analyse, et préparent le rapport final et les tableaux GRADE. GRADE : Grading of Recommendation, Assessment, Development and Evaluation (Classement des recommandations, Évaluation, Développement et Réévaluation).

- Ils participent également aux réunions du groupe de travail et du Groupe d'étude (sans droit de vote).

[Diapositive 15]

- Cette infographie donne un aperçu du processus d'élaboration des lignes directrices du Groupe d'étude et des personnes qui fournissent des commentaires essentiels aux étapes de la sélection des sujets, de la synthèse des données probantes, de la préparation des lignes directrices et de la diffusion. Cela comprend divers intervenants internes et externes (plus de détails à la prochaine diapositive).

[Diapositive 16]

- Le processus d'examen du Groupe d'étude comprend les éléments suivants :
 - un examen interne par le groupe de travail sur les lignes directrices et par tous les autres membres du Groupe d'étude
 - un examen externe qui se déroule en trois étapes clés :
 - le protocole, les examens systématiques et les lignes directrices
- Les groupes d'intervenants examinateurs externes comprennent :
 - les intervenants généralistes ou spécialistes d'une maladie
 - les collègues examinateurs du milieu universitaire
- Le JAMC entreprend une démarche d'examen indépendant par les pairs pour réviser les lignes directrices avant d'en autoriser la publication.

[Diapositive 17]

Que devons-nous notifier?

1. Degré de certitude

- Degré de confiance que les données probantes disponibles illustrent correctement l'effet théorique réel de l'intervention ou du service.
 - *Élevé, moyen, faible, très faible*

2. Solidité des recommandations

- L'équilibre entre le degré de certitude des données probantes à l'appui, le degré de confiance quant à l'équilibre entre les effets souhaitables et les effets indésirables, le degré de certitude ou la variabilité dans les valeurs et les préférences des personnes et le degré de confiance quant à savoir si l'intervention représente une bonne utilisation des ressources.

- *forte et conditionnelle*

[Diapositive 18]

- L'examen systématique qui a servi de fondement à la présente ligne directrice sera publié dans la revue Systematic Reviews en même temps que la publication de la ligne directrice.
- Les examens soutiennent les lignes directrices du Groupe d'étude qui se trouvent sur le site Web du Groupe d'étude ou publiées dans la série de la revue.

[Diapositive 19]

KQ1 : Quelle est l'efficacité du dépistage comparativement à l'absence de dépistage de la chlamydia et de la gonorrhée chez les personnes sexuellement actives non enceintes?

KQ2 : Quelle est l'efficacité comparative des différentes approches de dépistage de la chlamydia et de la gonorrhée chez les personnes sexuellement actives non enceintes?

KQ3 : Quelle importance relative les gens accordent-ils au dépistage de la chlamydia et de la gonorrhée?

Issues cliniques de KQ1 et de KQ2

- Transmission de l'infection à la chlamydia et à la gonorrhée : hiérarchie utilisant (i) l'incidence [nombre de nouveaux cas pendant le suivi/nombre d'années-personnes ou dans la population], (ii) prévalence [nombre de tests positifs/nombre dans la population au moment du suivi], puis (iii) gestion des cas de référence (tels qu'ils ont été signalés; pourrait inclure le nombre de cas recevant un traitement/le nombre de cas ou inclure également la notification des partenaires et/ou la reprise du test de dépistage/le nombre de cas) [femmes et hommes]
- Cervicite [femmes]
- Maladie inflammatoire pelvienne [MIP; femmes]
- Grossesse ectopique [femmes]
- Douleur pelvienne chronique (durée de ≥ 6 mois) [femmes]
- Infertilité : impossibilité de concevoir tout en ayant des relations sexuelles non protégées pendant 12 mois ou plus [femmes et hommes]
- KQ2 seulement : Infection répétitive ou réinfection (proportion de cas ayant un test positif au troisième mois ou plus après l'infection de référence; la mesure peut ne pas faire la distinction entre une infection due à une nouvelle exposition après le traitement, l'échec du traitement ou la non-observance du traitement, les faux positifs ou l'absence de traitement initial)
- Répercussions psychosociales négatives (p. ex. anxiété, détresse au moment des relations sexuelles, y compris la violence conjugale, la stigmatisation, le blâme) de la procédure de dépistage, ou en raison d'un diagnostic positif au test ou d'un diagnostic présomptif (p. ex. quels que soient les résultats des tests chez les personnes présentant des symptômes ou considérées comme à risque très élevé en raison du diagnostic du partenaire)
- Réactions indésirables graves** à un traitement antibiotique (p. ex. réaction anaphylactique, allongement de l'intervalle QT/arythmie cardiaque, colite sévère due à *Clostridium difficile*, toxicité hépatique, thrombocytopenie, anémie hémolytique nécessitant l'hospitalisation)

Issues cliniques de KQ3

- a. Évaluation de l'utilité et de l'état de santé
 - b. Non-utilité, renseignements quantitatifs sur l'importance relative des avantages et des inconvénients (p. ex. la volonté d'être dépisté, l'adoption du dépistage, les cotes et les classements relatifs, la pondération des préférences, la volonté de payer, les compromis sur le plan de la probabilité)
 - c. Renseignements qualitatifs indiquant l'importance relative entre les avantages et les inconvénients
- Tous les résultats seront uniquement en relation avec les principaux résultats pour KQ1 et KQ2

[Diapositive 20]

Recommandation

[Diapositive 21]

- Nous recommandons un dépistage opportuniste annuel de la chlamydia et de la gonorrhée chez les personnes de moins de 30 ans actives sexuellement qui ne sont pas connues comme appartenant à un groupe à risque, lors de consultations en soins primaires, au moyen d'un autoprélèvement ou d'un prélèvement fait par le médecin (recommandation conditionnelle; données de très faible certitude).
- Les professionnels devraient consulter les lignes directrices nationales, provinciales ou locales pertinentes pour le dépistage chez les personnes connues comme appartenant à des groupes à risque (p. ex. les personnes ayant des comportements à haut risque).

[Diapositive 22]

- Pour mettre en œuvre cette recommandation de dépistage, il est conseillé aux cliniciens des établissements de soins primaires de cerner les personnes admissibles au dépistage (personnes sexuellement actives de moins de 30 ans), qui ne recherchent pas de soins pour une éventuelle IST, et d'offrir un dépistage opportuniste de la chlamydia et de la gonorrhée (p. ex. sans que cela nécessite une visite de dépistage distincte, et non seulement dans le cadre des consultations portant sur la santé sexuelle). Les résultats d'un essai contrôlé randomisé (ECR) relevé dans notre examen indiquent que les patients acceptent souvent le dépistage lorsqu'il est offert.

[Diapositive 23]

- Puisque les personnes à risque élevé d'infection à la chlamydia et à la gonorrhée ne s'autoindentifient pas toujours ou ne sont pas toujours faciles à repérer par les cliniciens, cette offre systématique de dépistage s'applique à toutes les personnes actives sur le plan sexuel, sans que les cliniciens aient connaissance de leur appartenance à un groupe à risque élevé.
- Les ITS sont associées à la honte, à l'embarras et à une stigmatisation importante, ce qui pourrait empêcher les patients de se soumettre à un dépistage et à un traitement. Il a été suggéré d'offrir

systématiquement des tests de dépistage à toutes les personnes sexuellement actives comme moyen de réduire la stigmatisation associée au dépistage des ITS.

- Les personnes qui souhaitent subir un test ou qui appartiennent à un groupe à risque élevé devraient être gérées conformément aux directives nationales, provinciales ou locales pertinentes qui s'appliquent à ces populations. En général, on définit l'activité sexuelle comme toute relation sexuelle orale, vaginale ou anale.
- Le consentement éclairé, qui est requis pour les tests de dépistage des ITS, est un facteur supplémentaire à prendre en considération pour la mise en œuvre. Les principaux problèmes à régler sont ceux de la protection de la vie privée, du signalement des résultats positifs aux bureaux de santé publique locaux et de la notification des partenaires potentiels.
- Le dépistage des infections transmises sexuellement peut causer de l'embarras et de l'anxiété chez certains patients. Une offre de dépistage exige d'être sensible à l'égard de la stigmatisation et de la peur de la désapprobation sociale, surtout en ce qui concerne le genre, la culture, le comportement et d'autres vulnérabilités.

[Diapositive 24]

- Il y avait très peu de données probantes sur l'intervalle de dépistage le plus approprié. L'ensemble des données probantes relatif à la KQ1 (dépistage par rapport à l'absence de dépistage) suggère qu'une réduction de la MIP pourrait être possible pour les femmes intéressées et/ou qui acceptent de subir un test de dépistage avec un suivi après un an. En outre, le seul essai dans le cadre de KQ1 qui a dépisté la CT au départ dans les deux volets de l'étude (congélation des échantillons du volet témoin jusqu'à la fin de l'étude) a révélé que, même si moins de femmes du volet dépistage avaient une MIP par rapport au volet témoin lors d'un suivi après un an, la plupart des épisodes de MIP (79 %) dans la population étudiée sont survenus chez des femmes dont le test de CT était négatif au départ (c'est-à-dire dans la fenêtre d'un an).
- Même si nous n'avons pas relevé de données susceptibles d'orienter spécifiquement les stratégies de dépistage, son acceptabilité et son adoption seraient meilleures avec des modes de prélèvement minimalement invasifs comme les autoprélèvements vaginaux chez les femmes et les spécimens d'urine chez les hommes, ces deux types de prélèvements étant plus précis (TAAN). Les prélèvements effectués par les médecins sont probablement acceptables et faisables lors de certaines consultations (p. ex., test de Pap). Au bout du compte, la préférence des patients et le scénario clinique orienteront probablement la méthode de prélèvement. On rappelle aux médecins d'envisager des prélèvements pharyngés et rectaux s'ils sont indiqués au plan clinique, même si nous n'avons relevé aucune donnée sur leur pertinence.
- Nous n'avons pas suffisamment de données probantes pour faire des recommandations sur un type de test ou de site d'échantillonnage par rapport à un autre.
- Pour les cas d'abus réels ou présumés chez des enfants, on oriente les médecins vers les autorités locales, provinciales et territoriales (santé publique, protection de la jeunesse, pédiatres et experts cliniques) pour le dépistage, le traitement, le signalement et la prise en charge des ITS.

[Diapositive 25]

- Résultats

[Diapositive 26]

- Il n'y a pas eu d'études portant exactement sur la façon dont le dépistage est effectué dans le cadre des soins primaires au Canada (montrant les offres de dépistage opportuniste faites par les cliniciens directement aux patients pendant les visites en clinique).
- Il y avait généralement trois catégories d'études : celles qui examinaient les offres de dépistage sans égard à l'adoption (au moyen d'invitations par la poste, d'activités de sensibilisation du public et d'encouragement au dépistage, ou de trousse offertes par la clinique pour influencer le dépistage par le médecin), celles qui examinaient uniquement les résultats chez les personnes ayant subi un test de dépistage (acceptants), et une étude qui a utilisé une offre de dépistage parmi des personnes présélectionnées en leur demandant de remplir un questionnaire de pré-dépistage sur le risque de chlamydia, puis d'accepter une offre de rendez-vous en soins primaires, ce qui permettait de sélectionner les personnes intéressées au dépistage.

[Diapositive 27]

- *Offre de dépistage, indépendamment de son adoption*
 - Une méta-analyse de 2 ERC (n = 141 362) a fait état de données de très faible certitude quant à une différence de minime à nulle pour ce qui est du taux de maladie inflammatoire pelvienne chez les femmes de 16 à 29 ans, sur une période de 1 à 3 ans avec un dépistage annuel de la chlamydia par autoprélèvements vaginaux (0,3 de plus sur 1000 [intervalle de confiance (IC) de 95 % de 7,6 de moins à 11 de plus]).
- *Offre de dépistage, personnes présélectionnées intéressées au dépistage*
 - Un ERC (n = 2607) — chez des femmes de 18 à 34 ans (81 % de moins de 24 ans) présélectionnées à l'aide d'un questionnaire sur le risque de chlamydia et ayant accepté une offre de rendez-vous en soins primaires (suggérant un intérêt pour le dépistage) — a fait état de données de faible certitude selon lesquelles offrir un dépistage unique de la chlamydia à l'aide d'un prélèvement au niveau cervical effectué par les médecins pourrait réduire la maladie inflammatoire pelvienne (15,4 de moins par 1000 [IC de 95 % de 3,0 à 21,3 de moins], nombre de sujets à dépister 65 [IC de 95 % de 47 à 333]).
- *Acceptants du dépistage*
 - Deux ERC et 1 essai clinique contrôlé (n = 30 652) ont fait état de données de faible certitude selon lesquelles les femmes de 15 à 29 ans ayant subi un dépistage unique de la chlamydia sur une période de 12 à 18 mois par autoprélèvements vaginaux ou urinaires pourraient avoir réduit leur risque de maladie inflammatoire pelvienne sur une période d'un an (5,7 de moins par 1000 [IC de 95 % de 10,8 de moins à 1,1 de plus]).

[Diapositive 28]

- *Offre de dépistage, indépendamment de son adoption*
 - ERC (n = 15 459) a fait état d'effets très incertains sur l'infertilité et de données de très faible certitude quant à une différence de minime à nulle pour ce qui est du taux de grossesses ectopiques chez les femmes de 21 à 24 ans, sur une période de 9 ans pour une offre unique de dépistage de la chlamydia par autoprélèvements vaginaux (0,2 de plus sur 1000 [IC de 95 % de 2,2 de moins à 3,9 de plus]).
 - Il est à noter que nous faisons ici une distinction entre les « données probantes de très faible certitude » et les « effets très incertains ». Dans certains cas, les données probantes étaient si peu fiables que nous n'avons pas pu tirer de conclusions à partir des résultats. Dans ces cas (ici et dans les autres diapositives), nous avons utilisé la formulation « effets très incertains ».
 - Une méta-analyse de 3 ERC (n = 41 709) a fait état de données de faible certitude quant à une différence de minime à nulle pour ce qui est de la transmission de la chlamydia chez les personnes de 15 à 29 ans, sur une période de 1 à 3 ans pour une offre unique de dépistage de la chlamydia par autoprélèvements vaginaux^{5,27} ou urinaires^{24,26} (5,4 de moins par 1000 [IC de 95 % de 21,0 de moins à 12,6 de plus])

[Diapositive 29]

- Aucune étude n'a été recensée sur les effets du dépistage de la chlamydia sur la cervicite, la douleur pelvienne chronique ou l'infertilité masculine.
- Aucune étude n'a été recensée sur les effets du dépistage de la gonorrhée sur les résultats d'intérêt général chez les populations à risque.

[Diapositive 30]

- Dans le cadre d'un ECR, des effets indésirables causés par des antibiotiques à la suite du dépistage de la chlamydia ont été signalés.
- Dix études de cohorte non contrôlées ont fait état de préjudices psychosociaux causés par le dépistage de la chlamydia.
- Aucune étude n'a examiné les inconvénients du dépistage de la gonorrhée.
- Le seul ECR qui a signalé des effets indésirables causés par les antibiotiques n'a signalé aucun effet indésirable (n = 37 543 personnes testées; n = 4 574 personnes diagnostiquées avec la chlamydia; nombre de cas traités non déclarés; données probantes de très faible certitude).

[Diapositive 31]

- Les études de cohorte sur les inconvénients du dépistage ont été synthétisées de façon narrative, et ont fourni des données probantes de faible ou de très faible certitude.

- Des données probantes de faible ou de très faible certitude indiquent que le dépistage peut entraîner un sentiment de stigmatisation (p. ex. culpabilité, embarras, désapprobation sociale) ou de l'anxiété au sujet de l'infertilité, de la sexualité ou du risque d'infection dans une proportion de faible à modérée de personnes (de 50 à 400 personnes par 1 000 personnes sélectionnées). Ces données portent sur les personnes qui acceptent de se faire dépister, de sorte que le nombre de personnes touchées dans l'ensemble de la population admissible est probablement plus faible.
- Nous n'avons pas trouvé de données décrivant la durée ou la gravité exactes de ces symptômes.

[Diapositive 32]

- Certaines données ont été déterminées pour KQ2, en examinant les stratégies d'échantillonnage à domicile par rapport à l'échantillonnage en clinique. Toutefois, les données probantes étaient de très faible certitude, et les études ont été menées d'une manière qui les rend peu applicables aux soins primaires. Aucune autre comparaison des différentes stratégies de dépistage n'a été recensée.
- Le seul ECR qui a fourni une estimation plus directe de la transmission (incidence) a été réalisé dans un contexte de sensibilisation chez une population à forte prévalence. Les données probantes des effets sur l'incidence étaient de très faible certitude.
- Trois ECR ont mesuré les taux de traitement, ce que nous avons accepté comme indicateur de la transmission. On a aussi utilisé des méthodes qui s'appliquent moins aux soins primaires, comme la sensibilisation ou les invitations par la poste. Ces données probantes présentaient également une très faible certitude.
- Les comparaisons admissibles dans l'examen systématique étaient les suivantes :

KQ2 : Toute comparaison dans les dépistages qui diffère de l'intervention selon les facteurs suivants :

- Dépistage universel par rapport aux dépistages fondés sur les risques
- Établissement de soins de santé uniquement : lieu de prélèvement de l'échantillon (p. ex. clinique ou établissement de soins de santé par rapport au domicile)
- Dépistage de proximité uniquement : offert dans la rue (p. ex. fourgonnette mobile) par rapport à d'autres lieux (p. ex. bars, services communautaires, bains publics, événements sportifs)
- Méthode de prélèvement des échantillons (p. ex. test d'amplification nucléaire par rapport à une culture; invasif [écouvillon urétral ou cervical] par rapport à non invasif [urine ou auto-écouvillonnage vaginal]; génital par rapport à extragénital [p. ex. comme jugé approprié])
- Personne qui effectue le prélèvement des échantillons (p. ex. la personne elle-même par rapport à un fournisseur de soins de santé)
- Intervalle de dépistage (p. ex. ponctuel par rapport à annuel ou à d'autres intervalles)
- Approches de gestion des cas (p. ex. cas nécessitant un second dépistage, méthode de notification des partenaires et traitement)

Les études de KQ1 peuvent être utilisées pour aider à répondre (indirectement) à KQ2, par exemple lorsque l'efficacité semble varier d'une étude à l'autre au moyen de différentes interventions de dépistage par rapport à l'absence de dépistage.

[Diapositive 33]

- Valeurs et préférences des patients

[Diapositive 34]

- L'examen systématique effectuée par Pillay et coll. a permis d'évaluer des études portant sur l'importance relative des avantages et des inconvénients pour les patients. Cela comprenait des études sur l'état de santé (une mesure de la préférence pour un état de santé particulier; quatre études), ainsi que des enquêtes ou des études qualitatives dans le cadre desquelles les patients ont indiqué leurs préférences (dix études).
- Les études sur l'utilité de l'état de santé ont révélé que les valeurs de l'utilité étaient semblables pour tous les avantages du dépistage. Celles-ci ne tiennent pas compte de la durée de l'état de santé et, une fois que cela a été fait, il est apparu que l'évitement de l'infertilité et de la douleur pelvienne chronique pouvait être plus important pour les femmes que l'évitement de la grossesse ectopique, la MIP ou la cervicite (certitude de faible à modérée).
- Il est à noter que les études sur l'utilité de l'état de santé n'ont fourni aucune information sur les inconvénients du dépistage (c.-à-d. qu'elles n'ont abordé que l'importance relative des avantages potentiels du dépistage).

[Diapositive 35]

- En ce qui concerne les avantages par rapport aux inconvénients, les enquêtes et les études qualitatives ont révélé que les personnes qui envisagent de se faire dépister (7 études; n = 777) ou qui subissent un test de dépistage (3 études; n = 77) accordent une plus grande importance relative aux avantages potentiels pour la santé de la reproduction et la transmission qu'aux inconvénients comme l'anxiété et la stigmatisation liées au dépistage (données probantes de très faible certitude).
- Aucune étude ne tenait compte des valeurs accordées par les patients aux effets indésirables des médicaments.

[Diapositive 36]

- Le processus d'engagement des patients du Groupe d'étude, mené par notre équipe du programme d'application des connaissances de l'hôpital St. Michael, comprend deux phases d'enquêtes et des groupes de discussion avec des membres du public.
- À l'étape du protocole, 16 participants sexuellement actifs (9 qui se sont identifiés comme des femmes et 7 comme des hommes) âgés de 24 à 38 ans ont évalué l'importance des résultats du dépistage au moyen d'un sondage en ligne, et ont participé à un groupe de discussion pour expliquer leur évaluation.

- Une fois l'examen des données probantes terminé, 17 participants différents actifs sexuellement âgés de 24 à 38 ans (13 participants qui se sont identifiés comme des hommes, 3 comme des femmes, et 1 comme une personne non binaire) ont évalué l'importance des résultats du dépistage au moyen d'un sondage en ligne, cette fois-ci après avoir reçu un résumé des résultats de l'examen systématique.
- L'étude sur l'engagement des patients a indiqué que les patients accordent probablement davantage la priorité aux avantages potentiels du dépistage (tous jugés critiques ou importants) plutôt qu'aux inconvénients (tous jugés importants), et qu'ils ont une forte préférence pour le fait de se faire dépister. Cela a été le cas même lorsqu'on leur a présenté les données probantes et leur incertitude.

[Diapositive 37]

- Le Groupe d'étude s'est également demandé si la recommandation relative au dépistage serait faisable et acceptable pour divers intervenants, et si la recommandation avait une incidence sur l'équité en santé.
- Le Groupe d'étude a jugé qu'une recommandation de dépister la chlamydia et de gonorrhée serait probablement faisable et acceptable pour un large éventail d'intervenants, compte tenu de ce qui suit :
 - le dépistage fait actuellement partie de la pratique habituelle des soins primaires;
 - un échantillonnage non invasif et des traitements efficaces existent;
 - les pratiques cliniques et de laboratoire actuelles au Canada consistent à combiner les tests de dépistage de la CT et de la NG à l'aide d'un seul échantillon;
 - un ECR de l'examen systématique a révélé que le dépistage était accepté dans 80 % des cas lorsqu'il était offert.

[Diapositive 38]

- Le fait d'offrir le dépistage à toutes les personnes sexuellement actives de manière courante pourrait améliorer l'équité en santé en réduisant d'importants obstacles au dépistage, comme la crainte de désapprobation ou de discrimination et le sentiment de stigmatisation, puisque cela deviendrait la norme.
- De plus, comme les femmes assument la majeure partie du fardeau des conséquences cliniques de l'infection, le dépistage chez les hommes (une source d'infection pour les femmes) peut améliorer l'équité en santé pour les femmes.

[Diapositive 39]

- Justification de la recommandation

[Diapositive 40]

- Le caractère indirect (faible applicabilité) des données probantes disponibles pour soutenir le dépistage opportuniste au Canada représente une source importante d'incertitude.
- La MIP peut être réduite pour les personnes qui acceptent et subissent un test de dépistage de la chlamydia et pour celles qui souhaitent se soumettre au dépistage après qu'on le leur a offert (faible certitude); toutefois, la MIP peut ne pas être réduite lorsque le dépistage de la chlamydia est offert au moyen d'une invitation envoyée par la poste ou de trousselettes offertes dans les cliniques qui encouragent le dépistage (très faible certitude).
- Le Groupe d'étude a jugé que le véritable avantage du dépistage de la chlamydia lorsqu'il est offert directement par les praticiens de soins primaires au Canada, qui sont en mesure de déterminer les personnes admissibles et d'offrir le dépistage de façon opportuniste, se situerait probablement dans la fourchette observée de l'efficacité du dépistage.

[Diapositive 41]

- Le Groupe d'étude a accordé une priorité moindre aux données probantes très incertaines sur l'absence d'effets indésirables graves liés au traitement antibiotique contre la chlamydia et la gonorrhée et aux données probantes incertaines sur les préjudices psychosociaux du dépistage (anxiété, honte et stigmatisation) susceptibles d'être ressentis par une petite proportion des personnes admissibles au dépistage.

[Diapositive 42]

- Dans l'ensemble, les avantages potentiels du dépistage de la chlamydia et de la gonorrhée pour réduire la MIP chez les femmes, bien que très incertains, ont été jugés supérieurs aux inconvénients possibles. Les données probantes laissent entendre que la plupart des patients accordent la priorité aux avantages plutôt qu'aux inconvénients du dépistage de la chlamydia et de la gonorrhée, et ce, même lorsqu'ils sont mis au courant des données probantes et de leur incertitude. Par conséquent, si l'on tient compte des avantages par rapport aux inconvénients, ainsi que de l'incertitude liée aux données probantes, le Groupe d'étude formule une recommandation conditionnelle pour le dépistage opportuniste de la chlamydia et de la gonorrhée dans le cadre des soins primaires pour les personnes de moins de 30 ans.

[Diapositive 43]

- La recommandation de dépister les personnes de moins de 30 ans est fondée sur presque toutes les données probantes provenant d'études sur des personnes de moins de 30 ans. De plus, les taux de chlamydia et de gonorrhée augmentent chez les personnes de 25 à 29 ans au Canada, les taux et le nombre total de cas étant semblables à ceux des personnes de 15 à 19 ans. À l'inverse, les taux de chlamydia chez les personnes de 30 à 39 ans représentent moins de la moitié de ceux chez les personnes de 15 à 19 ans et de 24 à 29 ans, et moins du quart de ceux chez les personnes de 20 à

24 ans. De même, les taux chez les personnes de 40 à 59 ans représentent moins du quart de ceux des personnes de 30 à 39 ans.

- Compte tenu des propriétés des réseaux sexuels, cette recommandation de dépister également les hommes sexuellement actifs vise à réduire l'infection à la chlamydia et à la gonorrhée ainsi que ses conséquences négatives chez les femmes, en raison de leur rôle dans la transmission de ces infections (bien qu'il n'existe aucune étude pour justifier cela).
- La recommandation de dépister également la gonorrhée a été faite malgré le manque de données probantes disponibles, étant donné que de nombreux cas de gonorrhée sont asymptomatiques, que jusqu'à 40 % des personnes atteintes de gonorrhée peuvent aussi être atteintes simultanément de chlamydia, et que les pratiques cliniques et les pratiques de laboratoire actuelles au Canada consistent à combiner les tests de dépistage de la gonorrhée et de la chlamydia à l'aide d'un seul échantillon (la majorité des tests commerciaux d'amplification de l'acide nucléique [TAN] permettent de détecter les deux organismes simultanément avec un seul spécimen). Les coûts différentiels du dépistage de la chlamydia et de la gonorrhée (par rapport, par exemple, à la chlamydia seulement) sont incertains, mais probablement minimes, car de nombreux services provinciaux combinent déjà les prix pour les test TAN pour la chlamydia et la gonorrhée.

[Diapositive 44]

- On a recours à une recommandation conditionnelle lorsque :
 - les effets souhaitables l'emportent probablement sur les effets indésirables (recommandation conditionnelle en faveur d'une intervention) ou les effets indésirables l'emportent probablement sur les effets souhaitables (recommandation conditionnelle contre une intervention), mais il existe une incertitude appréciable.
- Cette recommandation est conditionnelle en raison du faible degré de certitude des données probantes disponibles.

[Diapositive 45]

- Lacunes dans les connaissances et prochaines étapes

[Diapositive 46]

- Nous n'avons pas trouvé d'essais portant sur le dépistage de la chlamydia ou de la gonorrhée pour ce qui est de la façon dont le dépistage est offert directement aux patients, de manière opportuniste, dans le cadre des soins primaires au Canada. De plus, il y avait peu de données probantes sur les résultats du dépistage de la chlamydia ou de la gonorrhée chez les hommes ou leurs partenaires féminines particulières (compte tenu des réseaux sexuels).

[Diapositive 47]

- Pratiquement aucune étude ne portait sur des participants de plus de 30 ans (ce qui peut être attribuable à la faible prévalence dans cette population). Des études comparant les répercussions de différents intervalles de dépistage ou de différentes stratégies de dépistage dans des contextes de soins primaires sur les résultats pour la santé doivent être effectuées.

[Diapositive 48]

- Outils d'application des connaissances (AC)

[Diapositive 49]

- Application des connaissances
 - Un outil d'AC a été élaboré pour **aider les cliniciens et les personnes à comprendre** la ligne directrice sur le dépistage de la CT et de la NG.
 - Une fois publié, cet outil pourra être **téléchargé gratuitement** en **français** et en **anglais** sur le site Web : <http://canadiantaskforce.ca>.

[Diapositive 50]

- Nous avons également préparé un document infographique pour aider les patients à mieux comprendre les processus de dépistage de la chlamydia et de la gonorrhée.
- Une fois publié, cet outil pourra être **téléchargé gratuitement** en **français** et en **anglais** sur le site Web : <http://canadiantaskforce.ca>.
- Nous avons aussi une campagne de medias sociaux avec des images et des videos qui pourrait être partager sur les platforms utiliser par ceux qui ont moins de 30 ans, comme Instagram.
- Les communications des partenaires inclus les intituts de no porte-paroles (p.ex. McMaster) qui pourrait partager des matériaux sur les medias sociaux, par exemple, pour souligner la participation de leur faculté. Aussi aves les organizations signataire qui aurait peut-être envi de communiquer leur approbation du ligne directrice avec leurs intervenants.

[Diapositive 51]

- Conclusions

[Diapositive 52]

- Le dépistage opportuniste de la chlamydia et de la gonorrhée chez les personnes sexuellement actives de moins de 30 ans offre des avantages incertains, mais potentiellement importants, en particulier pour ce qui est de la MIP chez les femmes.

- Les préjudices psychosociaux associés au dépistage devraient être relativement légers, et les patients devraient accorder la priorité aux avantages potentiels du dépistage plutôt qu'aux inconvénients.
- Le Groupe d'étude recommande conditionnellement de dépister les personnes sexuellement actives de moins de 30 ans qui ne sont pas connues pour appartenir à un groupe à risque élevé pour la chlamydia et la gonorrhée au moment de visites dans le cadre des soins primaires. Le consentement éclairé du patient est requis pour le dépistage.

[Diapositive 53]

- Pour de plus amples renseignements sur cette ligne directrice, veuillez consulter :
 - le site Web du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (GECSSP)
<https://canadiantaskforce.ca/?lang=fr>

[Diapositive 54]

- Questions et réponses
- Merci