

La syphilis

Résumé

La syphilis est une infection transmissible sexuellement (ITS) que l'on contracte au contact de lésions syphilitiques (plaie ou chancre). Un accroissement des cas de syphilis a été signalé dans tous les grands centres urbains du Canada, particulièrement chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HARSAH). Ces dernières années, le nombre de nouveaux cas a augmenté de façon spectaculaire.

Les premiers symptômes de la syphilis peuvent varier considérablement et comprendre un chancre, une plaie ou une éruption cutanée indolores, de la fièvre, des maux de tête, des problèmes de vision ou d'autres symptômes plus graves. Les personnes sexuellement actives devraient se prêter, au moins une fois par année, à un test de dépistage de la syphilis par analyse sanguine. Lorsque la syphilis est décelée à un stade précoce, son traitement est très efficace. En revanche, si elle n'est pas traitée, elle peut évoluer vers une maladie chronique grave.

Chez les personnes séropositives, la syphilis peut causer des dommages plus rapidement et se révéler parfois plus difficile à traiter que chez les personnes séronégatives. Les personnes co-infectées par le VIH et la syphilis peuvent transmettre le VIH plus facilement.

Qu'est-ce que la syphilis?

« Syphilis » est le nom donné à l'infection par la bactérie *Treponema pallidum*, ou *T. pallidum*. Cette maladie se transmet lorsqu'une personne entre en contact avec des lésions syphilitiques (plaies ou chancres). Il existe plusieurs modes de transmission, notamment les suivants :

- baisers (avec échange de salive)
- contacts sexuels anaux, oraux ou vaginaux

- partage de jouets sexuels
- partage d'aiguilles ou d'autre matériel servant à la consommation de drogues
- de la mère au bébé pendant la grossesse ou lors de l'accouchement

Les bactéries responsables de la syphilis (appelés tréponèmes ou spirochètes) peuvent causer des lésions, des plaies ou des ulcères au niveau des organes génitaux, et à l'intérieur de l'anus et de la bouche. Ces plaies peuvent

servir de point d'entrée au VIH et à d'autres ITS. Une fois dans l'organisme, les tréponèmes, à l'instar du VIH, peuvent pénétrer dans le système lymphatique ou dans le système sanguin. Il suffit ensuite de quelques heures ou de quelques jours pour que les tréponèmes se propagent dans l'ensemble de l'organisme et atteignent le cerveau.

Qui est vulnérable à la syphilis?

Toutes les personnes qui sont sexuellement actives peuvent être à risque de contracter la syphilis. Les personnes vivant avec le VIH courent un risque plus grand de contracter la syphilis que les personnes séronégatives. Bien qu'à la fois les hommes et les femmes puissent contracter la syphilis, un plus grand nombre de cas a été signalé chez les hommes. La majorité des nouveaux cas d'infection sont des hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes.

Symptômes

Bon nombre des personnes qui ont contracté la syphilis ne présentent aucun symptôme au départ (elles peuvent néanmoins transmettre la maladie et ne sont pas à l'abri des complications liées à l'évolution de l'infection). D'autres éprouvent divers symptômes d'intensité variable : de moyens à sévères. Si elle n'est pas traitée, la syphilis peut même causer une maladie grave.

Syphilis primaire

Au stade précoce de la syphilis, une lésion (plaie) peut apparaître sur ou à l'intérieur du pénis, du vagin, de la bouche ou du rectum, généralement deux à trois semaines après l'infection. Chez les personnes co-infectées par le VIH et la syphilis, des lésions multiples peuvent apparaître. Comme les lésions peuvent être indolores et inapparentes, les premières manifestations de la syphilis peuvent alors passer complètement inaperçues, tant chez les hommes que chez les femmes.

On observe parfois une enflure au niveau des ganglions lymphatiques de l'aîne, habituellement dans la semaine qui suit l'apparition de la lésion syphilitique. Bien que la lésion puisse disparaître en l'espace de quatre à six semaines, les ganglions lymphatiques peuvent demeurer enflés pendant plusieurs mois.

Toutefois, il est important de savoir que les symptômes de la syphilis primaire sont souvent minimes ou non-existants, si bien que les personnes infectées peuvent ne pas les remarquer. C'est pourquoi un dépistage fréquent de la syphilis est important pour les personnes sexuellement actives. Fait troublant, cependant, il arrive que l'on retrouve des tréponèmes (les bactéries qui causent la syphilis) dans le liquide céphalorachidien de personnes atteintes de syphilis primaire, que ces dernières soient ou non co-infectées par le VIH. Lorsqu'une telle découverte est faite, cela signifie que les tréponèmes ont pénétré dans le système nerveux central et qu'ils peuvent s'attaquer au cerveau même dans les cas de syphilis primaire. Lorsque les tréponèmes gagnent le cerveau, la maladie peut évoluer vers la neurosyphilis.

Syphilis secondaire

Au second stade, qui survient généralement de deux à 12 semaines après l'apparition de la lésion, des symptômes traduisant une infection généralisée peuvent se manifester. Ces symptômes peuvent varier considérablement d'une personne à l'autre, mais les plus courants sont les suivants :

- éruptions cutanées
- faible fièvre
- manque d'énergie
- maux de gorge
- perte d'appétit

Il arrive que l'éruption se déclare d'abord sur le tronc, mais elle peut aussi bien apparaître

n'importe où sur le corps, y compris la paume des mains et la plante des pieds. Si l'éruption survient sur une partie poilue ou chevelue du corps, elle peut provoquer une perte temporaire de cheveux ou de poils. Ainsi, un amincissement des sourcils, de la barbe ou de la chevelure en certains endroits peut être attribuable à une éruption syphilitique.

Des lésions indolores, appelées « plaques muqueuses », peuvent apparaître sur les tissus humides des organes génitaux, de la bouche, de la gorge et des amygdales. Ces lésions regorgent de tréponèmes et sont extrêmement infectieuses.

Une infection du cerveau et de la moelle épinière (système nerveux central) peut survenir chez les personnes atteintes de syphilis secondaire dans une proportion qui peut atteindre 40 % des cas. Il arrive que cette infection soit asymptomatique, mais des symptômes tels que ceux énumérés ci-dessous peuvent également être observés.

- bourdonnements d'oreilles
- diminution de l'acuité auditive
- diminution de l'acuité visuelle
- maux de tête

Syphilis tardive (ou tertiaire)

Si elle n'est pas traitée, la syphilis secondaire évoluera vers le stade tardif de la maladie (qu'on appelle aussi syphilis tertiaire ou latente). Ceci peut se développer de deux à trente ans après l'infection. À ce stade, la personne infectée ne présente aucun symptôme et seule une analyse sanguine permet de déceler l'infection. La maladie continue néanmoins de faire des ravages.

À ce stade de la maladie, l'infection par *T. pallidum* et l'inflammation qu'elle occasionne peuvent toucher n'importe quel organe du corps. La syphilis tardive peut causer des dommages au système nerveux (neurosyphilis – ce qui peut amplifier les troubles neurocognitifs liés au VIH), au

cœur et aux vaisseaux sanguins (syphilis cardiovasculaire), au foie (ce qui peut se traduire par des atteintes hépatiques ou une hépatite), aux reins, aux yeux et à pratiquement tous les organes du corps.

En l'absence de traitement, la syphilis tertiaire peut entraîner des complications, notamment les suivantes :

- difficulté à s'endormir
- troubles de la vision
- neuropathie périphérique (dommages aux nerfs du système nerveux périphérique)
- dysfonction érectile
- altération de la personnalité
- troubles de la mémoire
- perte de lucidité et diminution de la capacité de discernement
- méningite
- piètre contrôle musculaire
- dommages aux articulations
- crises d'épilepsie
- accident vasculaire cérébral

Dans quelques rares cas, la syphilis peut être mortelle si elle n'est pas traitée.

Transmission de la syphilis de la mère à son bébé (syphilis congénitale)

Chez la femme enceinte, la syphilis peut provoquer un avortement spontané ou causer la mort du fœtus ou du bébé. Outre une éruption cutanée dans certains cas, la majorité des bébés infectés ne présentent pas de symptômes. Si la syphilis congénitale n'est pas traitée, le bébé peut présenter des troubles du développement et souffrir de crises d'épilepsie ou d'autres problèmes de santé graves.

Dépistage et diagnostic

En règle générale, le diagnostic de la syphilis est établi au moyen d'analyses sanguines

visant à déceler la présence d'anticorps contre des protéines non apparentées à *T. pallidum*, mais que le corps produit en cas de syphilis. Les tests de dépistage de la syphilis les plus couramment utilisés sont les suivants :

- le test VDRL (laboratoire de recherche sur les maladies vénériennes)
- le test RPR (test rapide de la réagine plasmatique)

Chez les personnes atteintes de syphilis primaire ou latente, ces tests de dépistage indirects ne fonctionnent pas toujours. Il est possible que le résultat du test soit négatif, même si la personne est infectée. Pour cette raison, l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) recommande aux médecins, qui soupçonnent une syphilis chez leurs patients malgré un résultat négatif, de demander à leurs patients de se soumettre de nouveau au test indirect après un délai de quelques semaines. Elle recommande également de recourir à des tests plus précis qui décèlent les anticorps contre *T. pallidum*. Ces tests comprennent les suivants :

- l'essai immuno-enzymatique (EIA) tréponémique
- le test d'immunofluorescence absorbée (FTA-ABS)
- le test de microhémagglutination pour la détection de *Treponema pallidum* (MHA-TP)

Certains laboratoires provinciaux inversent l'ordre de ces tests et ont recours en premier lieu aux tests qui permettent d'évaluer la présence d'anticorps dirigés contre *T. pallidum*. Pour en savoir plus sur les tests offerts dans votre région, consultez votre médecin ou communiquez avec le laboratoire de votre région.

Dans certains cas, le diagnostic de la syphilis peut être établi par l'examen au microscope d'un échantillon de tissu prélevé sur le chancre infectieux.

Un test de dépistage est recommandé pour les personnes suivantes : les partenaires sexuels susceptibles d'avoir contracté la syphilis, les femmes enceintes, les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, les utilisateurs de drogues injectables, les travailleurs et travailleuses du sexe et les personnes qui ont eu des rapports sexuels avec des personnes provenant de pays où la maladie est endémique. Toutes les femmes enceintes devraient se soumettre à un test de dépistage, car, lorsqu'elle n'est pas traitée, la syphilis peut infecter le bébé pendant la grossesse ou lors de l'accouchement, et lui causer un tort considérable.

Des chercheurs des Pays-Bas ont laissé entendre qu'il serait utile de faire passer des tests de dépistage sanguins de la syphilis aux HARSAH porteurs du VIH, car au stade précoce, la syphilis peut être asymptomatique.

Notification des partenaires

La syphilis est une maladie à déclaration obligatoire. Cela signifie que lorsqu'une infection est confirmée par une clinique, un médecin ou un laboratoire, le cas doit être signalé aux autorités de la santé publique. Lorsqu'une personne a un diagnostic de syphilis confirmé, il lui sera demandé par le fournisseur de soins de santé ou une infirmière de la santé publique de contacter ou fournir les coordonnées de tous les partenaires sexuels qu'elle a eus au cours de la période de traçabilité de son infection (soit la période précédant l'apparition des symptômes ou, dans le cas d'une infection asymptomatique, le délai écoulé avant le prélèvement des échantillons) compte tenu du stade de son infection par la syphilis.

Les périodes de traçabilité dans le cas de la syphilis sont les suivantes :

- syphilis primaire – trois mois
- syphilis secondaire – six mois
- latente précoce – un an

- latente tardive/tertiaire : selon le moment estimé de l'infection initiale, les partenaires à long terme (conjoints) et enfants doivent être examinés.

Si aucun des partenaires pendant la période de traçabilité recommandée n'obtient un résultat positif au dépistage de la syphilis, le dernier partenaire le plus récent hors de la période de traçabilité doit alors être avisé.

Si le client choisit de ne pas communiquer avec ses partenaires sexuels, le professionnel de la santé ou l'infirmière de la santé publique vont tenter de joindre les partenaires et les inciter à se prêter à un test de dépistage et, le cas échéant, à recevoir un traitement antisyphilitique. Le nom du client d'origine n'est pas donné aux partenaires sexuels quand ils sont contactés pour tenter de conserver son anonymat. L'ASPC recommande que tous les partenaires notifiés soient traités sans attendre les résultats des tests.

Traitement

Un antibiotique du nom de **benzathine (pénicilline G)** est considéré comme le traitement antisyphilitique de référence. Si le diagnostic de la syphilis est établi dans l'année qui suit l'infection, une dose unique de ce type de pénicilline (par injection intramusculaire à raison de 2,4 millions d'unités, habituellement dans une fesse) suffit généralement à traiter la maladie. Il importe de souligner cependant que cette dose est insuffisante pour les personnes atteintes de neurosyphilis.

Le traitement des personnes dont l'infection remonte à plus d'un an requiert des doses plus importantes de médicaments et s'étend sur une plus longue période.

Dans les cas de neurosyphilis, les lignes directrices canadiennes recommandent une préparation intraveineuse de pénicilline, comme la **pénicilline G**. Lorsqu'on l'utilise pour traiter une neurosyphilis, cette préparation intraveineuse de pénicilline est

administrée en une dose de plusieurs millions d'unités toutes les quatre heures sur une période comprise entre 10 et 14 jours. Certains médecins peuvent même choisir de prolonger la période de traitement quand la gravité des symptômes le justifie.

D'autres antibiotiques, telle la **doxycycline** qui entrave la croissance des tréponèmes, sont parfois utilisés chez les patients présentant une allergie à la pénicilline. Il faut garder à l'esprit cependant, que, contrairement à la pénicilline, la doxycycline ne détruit pas les tréponèmes et qu'elle peut se révéler moins efficace chez les personnes dont le système immunitaire est très affaibli. Plutôt que d'opter pour la doxycycline, certains spécialistes préfèrent soumettre leurs patients allergiques à la pénicilline et leurs patientes enceintes atteintes de syphilis à un processus de désensibilisation qui consiste à administrer, sous étroite supervision, de petites doses qui augmentent graduellement jusqu'à ce que leurs patients soient à même de tolérer une dose complète.

L'antibiotique azithromycine (Zithromax) a déjà été utilisé pour traiter la syphilis, mais des cas de syphilis présentant une résistance à l'azithromycine ont été signalés au Canada, aux États-Unis et dans d'autres pays, en particulier chez les HARSAH. Par conséquent, l'ASPC ne recommande pas d'utiliser cet antibiotique comme traitement courant contre la syphilis. De la même manière, il n'est pas recommandé de recourir à la ceftriaxone dans le traitement courant de la syphilis au Canada.

Qu'en est-il de la co-infection par le VIH?

Le traitement des personnes co-infectées par le VIH est controversé. Certains médecins privilégient le même traitement que pour les personnes séronégatives, soit une seule injection intramusculaire de benzathine (pénicilline G). D'autres cependant optent pour un traitement plus énergique chez les

personnes séropositives, notamment pour les raisons suivantes :

- Le risque que les tréponèmes envahissent le cerveau, même en cas de syphilis primaire, est plus élevé chez les personnes co-infectées par le VIH et une seule injection de pénicilline peut ne pas être suffisante.
- Les personnes vivant avec le VIH sont fortement susceptibles de souffrir de troubles neurologiques et une neurosyphilis aurait pour effet d'accroître ce risque encore davantage.
- L'infection par le VIH affaiblit le système immunitaire et la capacité de ce dernier à maîtriser la syphilis s'en trouve diminuée.
- La syphilis est relativement courante chez les HARSAH sexuellement actifs.

À la lumière de ces considérations, certains médecins prescrivent désormais un traitement à la benzathine (pénicilline G) par voie intramusculaire, à raison d'une injection par semaine pendant trois semaines, pour les personnes séropositives atteintes de syphilis primaire ou secondaire.

D'autres médecins privilégient un traitement à la doxycycline (un autre antibiotique) par voie orale deux fois par jour et pendant deux à quatre semaines. Bien que la doxycycline traite efficacement la syphilis primaire, son efficacité aux fins du traitement des stades plus avancés de la syphilis n'a pas été démontrée. Pour cette raison, certains spécialistes de la syphilis recommandent plutôt de soumettre les patients allergiques à la pénicilline à un processus de désensibilisation afin qu'ils puissent éventuellement suivre un traitement à la pénicilline.

Pour les cas de neurosyphilis, l'ASPC recommande un traitement à la pénicilline d'une durée de 10 à 14 jours, peu importe que la personne soit ou non co-infectée par le VIH.

L'ASPC a établi d'excellentes lignes directrices (*Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement*)

en ce qui concerne la gestion des patients atteints de syphilis. Ces lignes directrices, qui comprennent un plan de désensibilisation à la pénicilline, sont accessibles à l'adresse suivante : www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/guide-lignesdir-fra.php

Les rapports sexuels après la syphilis

Il faut un certain temps avant que la quantité de tréponèmes diminue de façon substantielle et que votre corps se rétablisse des dommages causés par la syphilis. Même si vous vous sentez mieux une fois le traitement contre la syphilis terminé, il se peut que des tréponèmes subsistent dans votre organisme. Votre médecin vous prescrira des analyses sanguines et, à la lumière des résultats, vous saurez si votre corps est complètement rétabli et si vous pouvez recommencer à avoir des rapports sexuels.

L'ASPC recommande un nouveau dépistage de la syphilis au bout de trois, six et 12 mois après le traitement initial chez les personnes qui ne sont pas co-infectées par le VIH. L'ASPC donne un aperçu des plans de traitement spécifique en fonction du patient et du type de syphilis.

Prévention

Pour prévenir la transmission de la syphilis, prenez les mesures suivantes :

Pratiquez le sécurisexe.

- Utilisez des condoms en latex ou en polyisoprène et des digues orales lors de vos activités sexuelles, y compris pendant les rapports oraux. (L'utilisation de condoms et de digues n'élimine pas complètement le risque de transmission, car une lésion syphilitique peut être présente sur une partie du corps autre que celles recouvertes par le condom ou la digue, mais une utilisation constante réduit le risque).
- Discutez avec vos partenaires de leurs antécédents en matière d'ITS.

- Si vous ou votre partenaire constatez la présence de lésions, d'éruptions ou d'un écoulement inhabituel, abstenez-vous d'avoir des rapports sexuels et consultez votre médecin dès que possible.

Passez des tests de dépistage et, au besoin, suivez le traitement qui s'impose.

- Soumettez-vous régulièrement à des tests de dépistage de la syphilis. Si vous êtes enceinte, passez le test sans attendre.
- Si le résultat de votre test de dépistage est positif, entreprenez le plus rapidement possible un traitement contre l'infection et avisez vos partenaires afin qu'ils se soumettent, à leur tour, à un test de dépistage. Il est important que les personnes avec lesquelles vous avez eu des rapports sexuels sachent qu'elles ont été exposées à la syphilis. Bien sûr, annoncer une telle nouvelle n'est pas chose facile et vous pouvez demander à votre médecin ou à une infirmière de vous recommander une personne du service de santé publique de votre localité qui se chargera d'informer, en toute discrétion, votre ou vos partenaires sexuels de la nécessité de se soumettre à un test de dépistage de la syphilis.

Évitez de partager le matériel servant à la consommation de drogue, si vous consommez des drogues.

Pour en savoir plus sur la syphilis et le VIH, consultez l'article intitulé « L'histoire de la syphilis » paru dans le numéro printemps/été 2004 du magazine *Vision positive*.

Références

Woolston S, Cohen SE, Fanfair RN, et al. A cluster of ocular syphilis cases— Seattle, Washington, and San Francisco, California, 2014-2015. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. 2015 Oct 16;64(40):1150-1.

Lukehart SA, Hook EW 3rd, Baker-Zander SA et al. Invasion of the central nervous system by *Treponema pallidum*: implications for diagnosis and treatment. *Annals of Internal Medicine*. 1988 Dec 1;109(11):855-62.

Tramont EC. *Treponema pallidum* (syphilis). In: Mandell GL, Bennett JE and Dolin R, editors. *Principles and Practice of Infectious Diseases*. Sixth ed. Philadelphia: Elsevier; 2005. 2362-79.

Lukehart SA. Syphilis. In: Fauci AS, Braunwald E, Kasper DL, editors. *Harrison's Principles of Internal Medicine*. 17th ed. McGraw-Hill Companies, Inc.; 2008. 956-62.

Dowell ME, Ross PG, Musher DM et al. Response of latent syphilis or neurosyphilis to ceftriaxone therapy in persons infected with human immunodeficiency virus. *American Journal of Medicine*. 1992 Nov;93(5):481-8.

Gordon SM, Eaton ME, George R et al. The response of symptomatic neurosyphilis to high-dose intravenous penicillin G in patients with human immunodeficiency virus infection. *New England Journal of Medicine*. 1994 Dec 1;331(22):1469-73.

Marra CM, Maxwell CL, Smith SL et al. Cerebrospinal fluid abnormalities in patients with syphilis: association with clinical and laboratory features. *Journal of Infectious Diseases*. 2004 Feb 1;189(3):369-76.

Thorne C, Malyuta R, Semenenko I et al. Mother-to-child transmission risk is increased among HIV-infected pregnant women in Ukraine with serological test results positive for syphilis. *Clinical Infectious Diseases*. 2008 Oct 15;47(8):1114-5.

Leslie DE, Higgins N, Fairley CK. Dangerous liaisons—syphilis and HIV in Victoria. *Medical Journal of Australia*. 2008 Jun 2;188(11):676-7.

Buchacz K, Klausner JD, Kerndt PR et al. HIV incidence among men diagnosed with early syphilis in Atlanta, San Francisco, and Los Angeles, 2004 to 2005. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 2008 Feb 1;47(2):234-40.

Peeling RW, Hook EW 3rd. The pathogenesis of syphilis: the Great Mimicker, revisited. *Journal of Pathology*. 2006 Jan;208(2):224-32.

Lukehart SA, Godornes C, Molini BJ et al. Macrolide resistance in *Treponema pallidum* in the United States and Ireland. *New England Journal of Medicine*. 2004 Jul 8;351(2):154-8.

Marra CM, Colina AP, Godornes C et al. Antibiotic selection may contribute to increases in macrolide-resistant *Treponema pallidum*. *Journal of Infectious Diseases*. 2006 Dec 15;194(12):1771-3.

Morshed MG, Jones HD. *Treponema pallidum* macrolide resistance in BC. *Canadian Medical Association Journal*. 2006 Jan 31;174(3):349.

de Almeida SM, Bhatt A, Riggs PK et al. Cerebrospinal fluid human immunodeficiency virus viral load in patients with neurosyphilis. *Journal of Neurovirology*. 2010 Feb;16(1):6-12.

Wallace MR, Heaton RK, McCutchan JA et al. Neurocognitive impairment in human immunodeficiency virus infection is correlated with sexually transmitted disease history. *Sexually Transmitted Diseases*. 1997 Aug;24(7):398-401.

Muldoon EG, Hogan A, Kilmartin D et al. Syphilis consequences and implications in delayed diagnosis: five cases of secondary syphilis presenting with ocular symptoms. *Sexually Transmitted Infections*. 2010 Dec;86(7):512-3.

Bani-Hani S, Patel V, Larsen CP et al. Renal disease in AIDS: it is not always HIVAN. *Clinical and Experimental Nephrology*. 2010 Jun;14(3):263-7.

Towns JM, Leslie DE, Denham I, et al. Painful and multiple anogenital lesions are common in men with *Treponema pallidum* PCR-positive primary syphilis without herpes simplex virus coinfection: a cross-sectional clinic-based study. *Sexually Transmitted Infections*. 2015; *in press*.

Roberts WC, Barbin CM, Weissenborn MR, et al. Syphilis as a cause of thoracic aortic aneurysm. *American Journal of Cardiology*. 2015 Oct 15;116(8):1298-303.

Lee SY, Cheng V, Rodger D, et al. Clinical and laboratory characteristics of ocular syphilis: a new face in the era of HIV co-infection. *Journal of Ophthalmic Inflammation and Infection*. 2015 Dec;5(1):56.

Auteur : Hosein SR
Traduction : Côté A
Publié : 2016



La source canadienne
de renseignements sur
le VIH et l'hépatite C

Communiquez avec nous

par téléphone
1.800.263.1638
416.203.7122

par courriel
info@catie.ca

par télécopieur
416.203.8284

par la poste
505-555 rue Richmond Ouest
Boîte postale 1104
Toronto ON M5V 3B1

Déni de responsabilité

Toute décision concernant un traitement médical particulier devrait toujours se prendre en consultation avec un professionnel ou une professionnelle de la santé qualifié(e) qui a une expérience des maladies liées au VIH et à l'hépatite C et des traitements en question.

CATIE fournit des ressources d'information aux personnes vivant avec le VIH et/ou l'hépatite C qui, en collaboration avec leurs prestataires de soins, désirent prendre en mains leurs soins de santé. Les renseignements publiés ou fournis par CATIE ou auxquels CATIE permet l'accès ne doivent toutefois pas être considérés comme des conseils médicaux. Nous ne recommandons ni n'appuyons aucun traitement en particulier et nous encourageons nos utilisateurs à consulter autant de ressources que possible. Nous encourageons vivement nos utilisateurs à consulter un professionnel ou une professionnelle de la santé qualifié(e) avant de prendre toute décision d'ordre médical ou d'utiliser un traitement, quel qu'il soit.

CATIE s'efforce d'offrir l'information la plus à jour et la plus précise au moment de mettre sous presse. Cependant, l'information change et nous encourageons nos utilisateurs à consulter autant de ressources que possible. Toute personne mettant en application seulement ces renseignements le fait à ses propres risques. Ni CATIE ni aucun de ses partenaires ou bailleurs de fonds, ni leurs personnels, directeurs, agents ou bénévoles n'assument aucune responsabilité des dommages susceptibles de résulter de l'usage de ces renseignements. Les opinions exprimées dans le présent document ou dans tout document publié ou diffusé par CATIE, ou auquel CATIE permet l'accès, ne reflètent pas nécessairement les politiques ou les opinions de CATIE ni de ses partenaires ou bailleurs de fonds.

La reproduction de ce document

Ce document est protégé par le droit d'auteur. Il peut être réimprimé et distribué à des fins non commerciales sans permission, mais toute modification de son contenu doit être autorisée. Le message suivant doit apparaître sur toute réimpression de ce document : *Ces renseignements ont été fournis par CATIE. Pour plus d'information, appelez-nous au 1.800.263.1638.*

La production de cette publication a été rendue possible grâce à l'apport financier de l'Agence de la santé publique du Canada.

N° du Centre de distribution de CATIE : ATI-50206
(also available in English, ATI-50205)

Les feuillets d'information de CATIE sont disponibles gratuitement à l'adresse www.catie.ca