

Guide d'intervention



Infections transmissibles sexuellement à déclaration obligatoire

Édition 2014

13-271-05F

Groupe de travail Guide d'intervention ITS-MADO

Geneviève Boily, infirmière clinicienne
Direction de santé publique, Agence de la santé
et des services sociaux de Montréal

Marie-Claude Drouin, agente de planification,
de programmation et de recherche, et coordonnatrice
du Comité sur les ITSS
Direction des risques biologiques et de la santé au
travail, Institut national de santé publique du Québec

Evelyne Fleury, agente de planification,
de programmation et de recherche
Service de lutte contre les ITSS,
Direction générale de la santé publique,
ministère de la Santé et des Services sociaux

Brigitte Fournier, médecin-conseil
en maladies infectieuses
Direction de santé publique, Agence de la santé
et des services sociaux de Chaudière-Appalaches

Claude Laberge, médecin-conseil
Service de lutte contre les ITSS
Direction générale de la santé publique,
ministère de la Santé et des Services sociaux

Stéphanie Michaud, infirmière clinicienne
Direction de santé publique, Agence de la santé
et des services sociaux de la Capitale-Nationale

Claude P. Gauthier, médecin-conseil
et coordonnateur en maladies infectieuses
Direction de santé publique, Agence de la santé
et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent

Stéphane Roy, médecin-conseil
Direction de santé publique, Agence de la santé
et des services sociaux de la Montérégie

Marie-Carole Toussaint, infirmière clinicienne
Service de lutte contre les ITSS
Direction générale de la santé publique,
ministère de la Santé et des Services sociaux

Sylvie Venne, médecin-conseil
Service de lutte contre les ITSS
Direction générale de la santé publique,
ministère de la Santé et des Services sociaux

**L'utilisation du genre masculin a été adoptée
afin de faciliter la lecture et n'a aucune intention
discriminatoire.**

Le contenu du guide a fait consensus au sein du groupe de travail ITS-MADO. Il a en outre fait l'objet d'une consultation auprès de membres de la Table de concertation nationale en maladies infectieuses, de professionnels des directions régionales de santé publique ou des centres de la santé et de services sociaux qui effectuent des enquêtes, de membres du comité ITSS ou de l'unité ITSS de l'Institut national de santé publique du Québec ainsi que de représentants du Bureau de la surveillance et de la vigie ou du Service de lutte contre les ITSS du ministère de la Santé et des Services sociaux. Le guide a été adopté par la Table de concertation nationale en maladies infectieuses (TCNMI réunion 87B) le 1^{er} mars 2013.

Édition

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Le présent document s'adresse spécifiquement aux intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux. Il a été édité en quantité limitée et n'est maintenant disponible qu'en version électronique à l'adresse : msss.gouv.qc.ca section **Documentation**, rubrique **Publications**

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2014

Bibliothèque et Archives Canada, 2014

ISBN 978-2-550-68749-8 (version PDF)

ISBN 978-2-550-68750-4 (version imprimée)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2014

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES FIGURES ET DES ALGORITHMES	VI
LISTE DES TABLEAUX	VII
LISTE DES ABRÉVIATIONS	VIII
GLOSSAIRE	IX
NOTE AU LECTEUR	1
INTRODUCTION	2
PREMIÈRE PARTIE – CONNAÎTRE L'ÉPIDÉMIOLOGIE DES ITSS : DES DONNÉES POUR GUIDER L'INTERVENTION	4
1 L'AMPLEUR DU PROBLÈME	5
1.1 L'infection génitale à <i>Chlamydia trachomatis</i>	6
1.2 L'infection gonococcique	8
1.3 La syphilis infectieuse	10
1.4 Les ulcérations génitales dites <i>tropicales</i>	12
1.5 L'infection par le VIH	14
1.6 L'infection par le virus de l'Herpes simplex (herpès génital)	15
1.7 Les infections par le virus du papillome humain	16
1.8 Les disparités régionales	17
1.9 Les complications dues aux infections transmissibles sexuellement	18
2 LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ ET LES FACTEURS DE RISQUE	19
2.1 Les facteurs biologiques	19
2.2 Les facteurs liés aux comportements et aux habitudes de vie	20
2.3 Les facteurs liés à l'environnement social et aux conditions socioéconomiques	21
2.4 Les facteurs liés à l'environnement physique	21
2.5 Les facteurs liés à l'organisation des services de santé	22
3 LES GROUPES LES PLUS TOUCHÉS	22
3.1 Les adolescents et les jeunes adultes	23
3.2 Les jeunes en difficulté	24
3.3 Les femmes	25
3.4 Les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes	26
3.5 Les personnes utilisatrices de drogues par injection et par inhalation	27
3.6 Les personnes incarcérées	28
3.7 Les personnes originaires de pays où les ITSS sont endémiques	30
3.8 Les autochtones	31
3.9 Les travailleuses et travailleurs du sexe	32

3.10	Les voyageurs	32
4	LE CYCLE DE TRANSMISSION DES INFECTIONS	32
DEUXIÈME PARTIE – PRÉVENIR : DES INTERVENTIONS PRÉVENTIVES EFFICACES.....		37
5	LES PRATIQUES CLINIQUES PRÉVENTIVES.....	39
5.1	La vaccination.....	39
5.2	Le dépistage	40
5.3	La chimioprophylaxie et le traitement	40
5.4	Le counseling.....	41
6	L'INTERVENTION PRÉVENTIVE AUPRÈS DE LA PERSONNE ATTEINTE D'UNE INFECTION TRANSMISSIBLE SEXUELLEMENT ET AUPRÈS DE SES PARTENAIRES	42
6.1	L'efficacité, la pertinence et la faisabilité	42
6.2	Les approches préconisées.....	44
6.3	Les délais et le suivi.....	46
6.4	Les stratégies pour joindre, notifier et traiter	46
7	L'INTERVENTION AUPRÈS DES GROUPES LES PLUS TOUCHÉS	50
7.1	Les adolescents et les jeunes adultes	51
7.2	Les jeunes en difficulté	53
7.3	Les femmes	54
7.4	Les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes.....	56
7.5	Les personnes utilisatrices de drogues par injection et par inhalation	58
7.6	Les personnes incarcérées.....	59
7.7	Les personnes originaires de pays où les ITSS sont endémiques	61
7.8	Les autochtones	62
7.9	Les travailleuses et travailleurs du sexe	63
7.10	Les voyageurs	64
TROISIÈME PARTIE – PROTÉGER : L'ENQUÊTE ÉPIDÉMIOLOGIQUE		66
8	LES OBJECTIFS ET LA DESCRIPTION DE L'ENQUÊTE ÉPIDÉMIOLOGIQUE	66
8.1	La validation de la déclaration	70
8.2	La collecte d'éléments cliniques	70
8.3	La recherche des facteurs de risque ou de vulnérabilité et des sources d'exposition possibles	71
8.4	L'intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une infection transmissible sexuellement et auprès de leurs partenaires.....	71
8.5	La saisie, le traitement et l'analyse des renseignements	87
9	LE CADRE JURIDIQUE ET ÉTHIQUE	90
9.1	Les dispositions de la Loi sur la santé publique relatives aux infections transmissibles sexuellement et par le sang.....	91

9.2	Les pouvoirs et les responsabilités des acteurs en vertu des lois	94
9.3	Les dimensions éthiques	97
10	L'ORGANISATION DES SERVICES.....	99
11	LES CRITÈRES DE SUCCÈS	101
	NOTES BIBLIOGRAPHIQUES	104
Annexe 1 :	La lutte contre les infections transmissibles sexuellement et par le sang au Québec : documents d'orientation	130
Annexe 2 :	Historique de la lutte contre les infections transmissibles sexuellement et par le sang au Québec.....	134
Annexe 3 :	Pays de forte endémicité pour la syphilis, le VIH, le VHB et le VHC, et indications relatives au dépistage	141
Annexe 4 :	Liste d'outils accessibles sur Internet.....	143
Annexe 5 :	Programme de gratuité des médicaments pour le traitement des infections transmissibles sexuellement	145
Annexe 6 :	Tableau des renseignements recueillis dans le cadre de la vigie relative aux infections transmissibles sexuellement à déclaration obligatoire	147
Annexe 7 :	Définitions nosologiques des infections transmissibles sexuellement à déclaration obligatoire	154
Annexe 8 :	Formulaires relatifs à l'enquête épidémiologique effectuée à la suite d'une déclaration d'infection transmissible sexuellement à déclaration obligatoire et guide d'utilisation de ces formulaires	162
Annexe 9 :	Formulaire relatif à l'intervention préventive auprès des partenaires et guide d'utilisation du formulaire.....	261
Annexe 10 :	Lettres et courriels types	280
Annexe 11 :	Tableau sur les partenaires à joindre en fonction de la période de contagiosité	317
Annexe 12 :	Procédures à suivre par le professionnel de santé publique en fonction des ententes et de l'origine des demandes	320
Annexe 13 :	Demande d'enquête à Héma-Québec pour une personne infectée ayant reçu du sang.....	322
Annexe 14 :	Guide d'utilisation de la brochure Entre caresses et baisers, une ITS s'est faufilée... Il faut en parler	326

LISTE DES FIGURES ET DES ALGORITHMES

Figures

Figure 1 :	Infection génitale à <i>Chlamydia trachomatis</i> , infection gonococcique et syphilis : estimations de l'incidence (millions de d'adultes de 15 à 49 ans) dans le monde, année 2005	4
Figure 2 :	Évolution du taux brut d'incidence des cas déclarés d'infection à <i>Chlamydia trachomatis</i> et d'infection gonococcique, province de Québec, de 1990 à 2011 (taux pour 100 000 personnes)	6
Figure 3 :	Taux brut d'incidence des cas déclarés d'infection à <i>Chlamydia trachomatis</i> par province, Canada, année 2010 (taux pour 100 000 personnes)	8
Figure 4 :	Taux brut d'incidence des cas déclarés d'infection gonococcique par province, Canada, année 2010 (taux pour 100 000 personnes)	10
Figure 5 :	Taux brut d'incidence des cas déclarés de syphilis infectieuse au Québec, sexes réunis et hommes, de 1984 à 2011 (taux pour 100 000 personnes)	11
Figure 6 :	Taux brut d'incidence des cas déclarés de syphilis infectieuse par province, Canada, année 2010 (taux pour 100 000 personnes)	12
Figure 7 :	Distribution du nombre de cas déclarés d'infections transmissibles sexuellement et par le sang au Québec, Montréal et hors Montréal, 2011	18
Figure 8 :	Cycle de transmission d'une infection transmissible sexuellement	33
Figure 9 :	Exemples d'interventions liées à la prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang selon leur principal apport à l'atteinte des buts de ces interventions	38

Algorithmes

Algorithme 1 :	Approche négociée pour les ITS-MADO prioritaires – IPPAP effectuée par le professionnel de santé publique	76
Algorithme 2 :	Approche négociée pour les ITS-MADO prioritaires – Démarches du professionnel de santé publique auprès du clinicien et de l'intervenant de première ligne qui effectue l'IPPAP	82
Algorithme 3 :	Approche passive pour les ITS-MADO autres que prioritaires – Soutien aux cliniciens et aux intervenants de première ligne	84
Algorithme 4 :	Approche passive pour les ITS-MADO autres que prioritaires – IPPAP effectuée par le clinicien ou l'intervenant de première ligne	85

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 :	Nombre de cas déclarés d'infections transmissibles sexuellement à déclaration obligatoire et taux d'incidence de ces cas, province de Québec, année 2011	5
Tableau 2 :	Prévalence de la séropositivité au virus de l' <i>Herpes simplex</i> de type 2 dans le monde	16
Tableau 3 :	Nombre de cas d'infections transmissibles sexuellement et par le sang chez les 0-4 ans, province de Québec, de 2007 à 2011.....	26
Tableau 4 :	Utilité et description des activités relatives à l'enquête épidémiologique, dans laquelle s'inscrit l'intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une infection transmissible sexuellement et auprès de leurs partenaires.....	68

LISTE DES ABRÉVIATIONS

CSSS :	Centre de santé et de services sociaux
DRSP :	Direction régionale de santé publique
HARSAH :	Homme ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes
IPPAP :	Intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une infection transmissible sexuellement et auprès de leurs partenaires
ITS :	Infection transmissible sexuellement
ITSS :	Infection transmissible sexuellement et par le sang
ITS-MADO :	Infection transmissible sexuellement à déclaration obligatoire
LGV :	Lymphogranulomatose vénérienne
MADO :	Maladie à déclaration obligatoire
MSSS :	Ministère de la Santé et des Services sociaux
MTS :	Maladie transmissible sexuellement
OMS :	Organisation mondiale de la santé
PNSP :	Programme national de santé publique
SIDEP :	Service intégré de dépistage et de prévention des ITSS
TAP :	Traitement accéléré des partenaires
UDI :	Utilisateur de drogues par injection
VHB :	Virus de l'hépatite B
VHC :	Virus de l'hépatite C
VHS :	Virus de l' <i>Herpes simplex</i>
VHS-1 :	Virus de l' <i>Herpes simplex</i> de type 1
VHS-2 :	Virus de l' <i>Herpes simplex</i> de type 2
VIH :	Virus de l'immunodéficience humaine
VPH :	Virus du papillome humain

GLOSSAIRE

Cas-index ou personne atteinte : Personne chez qui on a diagnostiqué l'infection.

Cas prioritaire : Cas nécessitant une intervention préventive intensive (approche négociée), soit en raison de l'épidémiologie ou de la nature de l'infection, soit en raison des caractéristiques de la personne atteinte ou de ses partenaires.

Clinicien : Médecin et infirmière ou infirmier, incluant l'infirmière praticienne spécialisée ou l'infirmier praticien spécialisé en soins de première ligne.

Fichier MADO : Fichier central des maladies à déclaration obligatoire, qui est une plateforme électronique sécurisée contenant les renseignements saisis à partir des déclarations des maladies à déclaration obligatoire.

Groupes les plus touchés : Groupes de la population présentant des taux élevés au regard d'une infection transmissible sexuellement et par le sang (ITSS) ou un risque accru d'être atteints d'une ITSS, soit à cause de leur vulnérabilité physiologique ou sociale, soit parce qu'ils adoptent des comportements ou des habitudes de vie à risque, soit parce que la prévalence et l'incidence des ITSS sont élevées dans ces groupes.

Intervenant de première ligne : Professionnel de première ligne, outre les cliniciens, qui contribue au maintien ou à l'amélioration de la santé sexuelle ; par exemple, les sexologues et les travailleurs sociaux.

Partenaire : Partenaire sexuel de la personne atteinte ou cas-index.

Professionnel de santé publique : Professionnel (d'une direction régionale de santé publique ou d'un établissement de première ligne) mandaté par le directeur de santé publique pour effectuer des activités reliées aux enquêtes épidémiologiques, selon les termes de la Loi sur la santé publique (articles 96 et 113).

NOTE AU LECTEUR

Un double système de renvoi a été utilisé dans le texte : les lettres minuscules constituent des appels de note de bas de page, tandis que les chiffres en exposant renvoient à la section « Notes bibliographiques » placée à la fin du texte, immédiatement avant les annexes.

INTRODUCTION

Les infections transmissibles sexuellement (ITS) représentent un peu plus de 66 % des cas recensés dans le Fichier central des maladies à déclaration obligatoire (fichier MADO) du Québec.

Les ITS sont en nette progression. Elles peuvent entraîner de lourdes conséquences, tant sur le plan de la santé individuelle que sur le plan socioéconomique. Les ITS constituent un problème majeur de santé publique.

Dans une perspective de protection de la population, une enquête épidémiologique peut être faite à la suite de la déclaration d'une infection transmissible sexuellement à déclaration obligatoire (ITS-MADO).

À qui s'adresse le guide ?

Le présent guide s'adresse aux professionnels mandatés par le Directeur de santé publique (article 113) pour effectuer les enquêtes épidémiologiques à la suite d'une déclaration d'ITS-MADO, selon les termes de la Loi sur la santé publique (article 96). Il s'agit :

- de professionnels des directions régionales de santé publique (DRSP) ;
- de professionnels d'établissements de première ligne tels que les centres de santé et de services sociaux (CSSS).

Dans le guide, le terme *professionnel de santé publique* désigne ces professionnels.

Quels sont les objectifs du guide ?

Le guide vise à soutenir les professionnels de santé publique qui font des enquêtes épidémiologiques à la suite d'une déclaration d'ITS-MADO. Il leur permettra :

- d'avoir un aperçu de l'épidémiologie des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) ;
- de situer l'enquête épidémiologique effectuée à la suite d'une déclaration d'ITS-MADO dans l'ensemble des stratégies de lutte contre les ITSS ;
- de connaître les fondements scientifiques de l'intervention recommandée ;
- d'avoir des précisions sur les objectifs et les différentes activités de l'enquête épidémiologique ;
- de connaître des outils et des pistes au regard des enquêtes.

Un guide ne peut à lui seul offrir à ces professionnels tout le soutien dont ils ont besoin ; c'est pourquoi d'autres stratégies, telles que des activités de formation et des brochures, leur sont proposées.

Quelles sont les personnes visées par l'intervention ?

L'intervention décrite dans le guide s'effectue auprès de personnes atteintes de l'une des ITS-MADO qui suivent et auprès de leurs partenaires :

- l'infection à *Chlamydia trachomatis*,
- l'infection gonococcique,
- la syphilis,
- la lymphogranulomatose vénérienne (LGV),
- le chancre mou,
- le granulome inguinal.

Que contient le guide ?

La première partie du guide porte sur l'épidémiologie des ITS-MADO et d'autres ITSS. Elle rapporte les données québécoises, canadiennes et mondiales. Elle rapporte également des données sur les groupes les plus touchés au Québec et renseigne sur les déterminants de la santé. Ces informations seront utiles pour acquérir ou mettre à jour des connaissances de base sur les ITSS.

La deuxième partie traite des interventions préventives dont l'efficacité a été démontrée. Elle présente les pratiques cliniques préventives, les données probantes sur l'intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une ITS et auprès de leurs partenaires (IPPAP) et des pistes d'intervention auprès des groupes les plus touchés. Cette partie sert à situer l'enquête épidémiologique faite à la suite d'une déclaration d'ITS-MADO au sein d'autres interventions utilisées dans la lutte contre les ITSS.

La troisième partie porte sur l'enquête épidémiologique. Elle présente les objectifs et les activités de l'enquête, le cadre juridique et éthique de celle-ci, aborde l'organisation des services qu'elle implique et les critères de son succès. La section 8, qui constitue l'essentiel du guide, traite de l'intervention dont l'efficacité a été démontrée pour les cas prioritaires.

Le guide ne définit toutefois pas les cas prioritaires ; d'une part, les directions régionales de santé publique déterminent leurs priorités et, d'autre part, un groupe de travail de la Table de coordination nationale en maladies infectieuses définira l'offre de service de base (intervention minimale) relative aux ITS-MADO.

Enfin, le guide comprend plusieurs outils visant à soutenir l'intervention. Ils sont présentés dans les annexes. Ceux qui portent la mention « outil adaptable » peuvent être modifiés. Le guide intégral et les outils adaptables sont accessibles sur le site du ministère de la Santé et des Services sociaux, à l'adresse suivante : www.msss.gouv.qc.ca section « Documentation », onglet « Publications ».

PREMIÈRE PARTIE – CONNAÎTRE L'ÉPIDÉMIOLOGIE DES ITSS : DES DONNÉES POUR GUIDER L'INTERVENTION

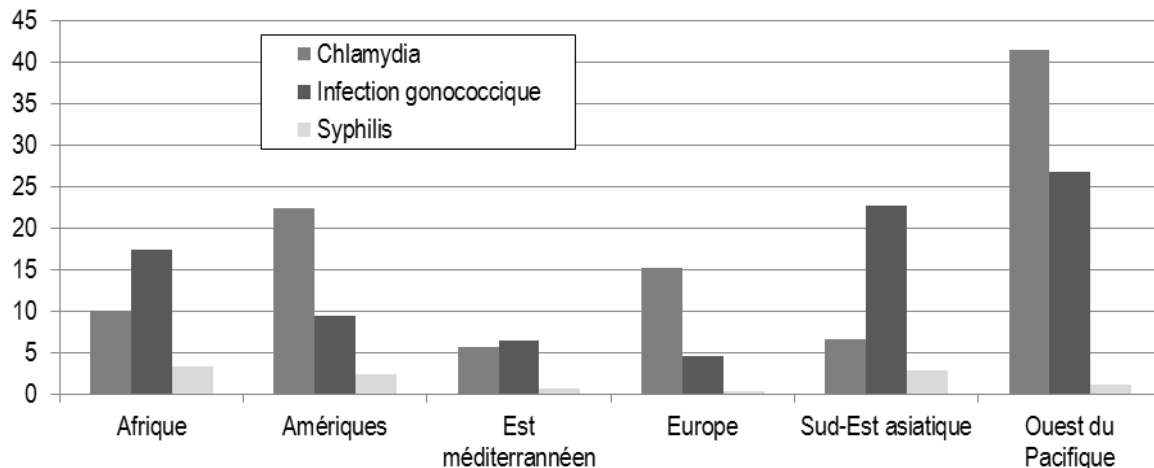
Les ITSS sont répandues partout dans le monde. On observe les plus fortes incidences et prévalences de la syphilis, de l'infection à *Chlamydia trachomatis* et de l'infection gonococcique en Asie du Sud et du Sud-Est, en Afrique subsaharienne, en Amérique latine et dans les Caraïbes¹.

Incidence annuelle chez les adultes de 15 à 49 ans : estimations de l'Organisation mondiale de la santé pour l'année 2005

Infection à <i>Chlamydia trachomatis</i>	101 millions
Infection gonococcique	88 millions
Syphilis	11 millions
Total	200 millions

D'autres ITSS, comme l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine, l'herpès, l'infection par le virus du papillome humaine et les hépatites B et C affectent aussi des millions de personnes (OMS 2007). La figure 1 présente des estimations de l'incidence de l'infection à *Chlamydia trachomatis*, de l'infection gonococcique et de la syphilis dans le monde pour 2005².

Figure 1 : Infection génitale à *Chlamydia trachomatis*, infection gonococcique et syphilis : estimations de l'incidence (millions d'adultes de 15 à 49 ans) dans le monde, année 2005



Source : WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Prevalence and Incidence of Selected Sexually Transmitted Infections: Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, Syphilis and Trichomonas vaginalis – Methods and Results Used by WHO to Generate 2005 Estimates*, Genève, World Health Organization, 2011, page 5.

Le Québec n'échappe pas au phénomène. Le tableau 1 présente le nombre de cas et le taux d'incidence des cas déclarés concernant les ITS à déclaration obligatoire au Québec pour l'année 2011.

Tableau 1 : Nombre de cas déclarés d'infections transmissibles sexuellement à déclaration obligatoire et taux d'incidence de ces cas, province de Québec, année 2011

Maladie	Nombre de cas déclarés	Taux (pour 100 000 personnes)
Infection génitale à <i>Chlamydia trachomatis</i>	19 165	241,2
Infection gonococcique	1 883	23,7
Syphilis infectieuse	636	8,0
Syphilis non infectieuse	196	2,5
Syphilis sans précision	106	1,3
LGV	13	0,2
Hépatite B :		
aiguë	24	0,30
chronique ou non précisée	847	10,7

Source : BUREAU DE SURVEILLANCE ET DE VIGIE, DIRECTION DE LA PROTECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Fichier central des maladies à déclaration obligatoire, extraction des données en date du 16 avril 2012.

La présente partie se divise en quatre sections : la première traite de l'ampleur du problème que représentent les ITSS ; la deuxième porte sur les déterminants de la santé et les facteurs de risque au regard de ces infections ; la troisième présente des données sur les groupes les plus touchés ; la quatrième contient des explications sur le cycle de transmission de ces infections ainsi que des données sur les réseaux sexuels.

1 L'AMPLEUR DU PROBLÈME

Dans les systèmes de surveillance des ITS, le nombre réel de personnes atteintes se trouve généralement sous-estimé. Ces infections étant souvent asymptomatiques et non diagnostiquées, certains cas ne sont donc tout simplement pas déclarés. Il arrive aussi que des infections diagnostiquées sur une base clinique ne soient pas confirmées par des tests de laboratoire. Au Québec, ces cas ne répondent alors pas à la définition nosologique et ne peuvent être inscrits dans le système de surveillance. De plus, il est possible que des cas confirmés échappent à la déclaration.

Certaines ITS ne sont pas à déclaration obligatoire et leur prévalence peut elle aussi être sous-estimée. Pour plus d'informations sur les données québécoises, consulter le Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec, accessible sur le site Web du MSSS :

http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/itss/index.php?statistiques-au-quebec

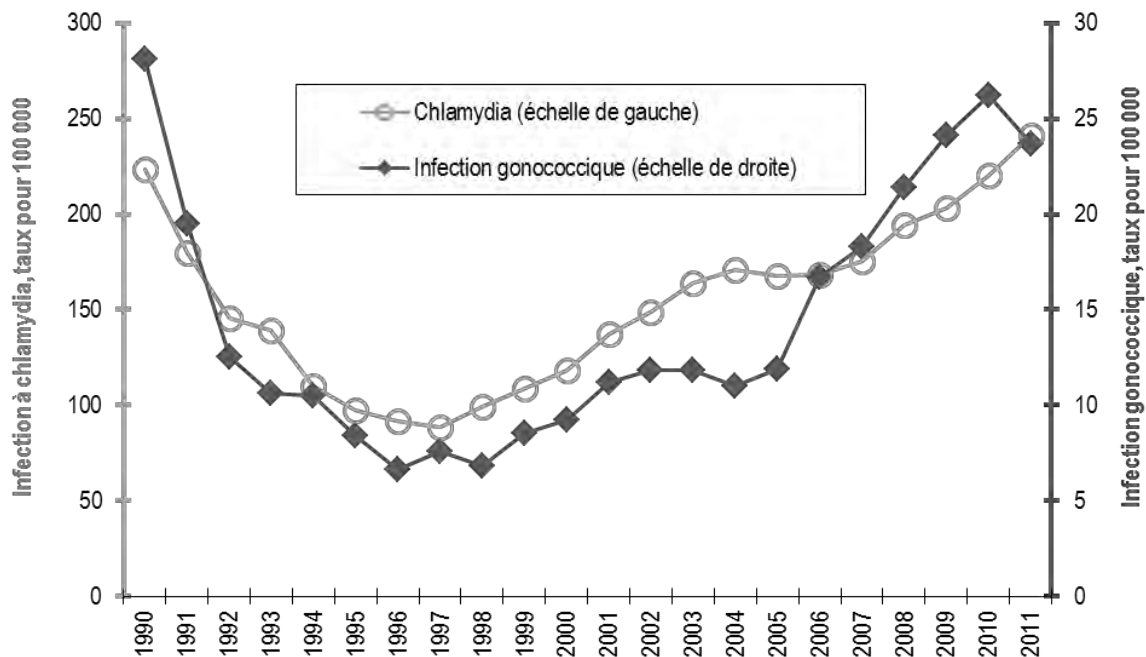
Les personnes atteintes d'une ITS-MADO peuvent avoir plus d'une infection en même temps ; c'est pourquoi la présente section prend en compte d'autres ITSS^a. Pour chaque infection dont il sera question, les données sur le Québec sont présentées d'abord, puis celles sur le Canada et d'autre pays.

1.1 L'infection génitale à *Chlamydia trachomatis*

Au Québec

L'incidence des cas déclarés d'infection génitale à *Chlamydia trachomatis* avait diminué de 60 % au Québec entre 1990 et 1997. Toutefois, entre 1997 et 2011, on a observé une augmentation de 172 % qui a touché les hommes et les femmes de tout âge. Depuis quelques années, la hausse est plus importante chez les hommes. Malgré tout, les femmes représentent encore la majorité (68 %) des cas déclarés en 2011. La figure 2 présente l'évolution du taux d'incidence des cas déclarés d'infection à *Chlamydia trachomatis* et d'infection gonococcique au Québec de 1990 à 2011.

Figure 2 : Évolution du taux brut d'incidence des cas déclarés d'infection à *Chlamydia trachomatis* et d'infection gonococcique, province de Québec, de 1990 à 2011 (taux pour 100 000 personnes)



Source : BUREAU DE SURVEILLANCE ET DE VIGIE, DIRECTION DE LA PROTECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Fichier central des maladies à déclaration obligatoire, extraction des données en date du 16 avril 2012.

a. Des guides, similaires à celui-ci, portent sur d'autres infections ou maladies (par exemple, l'hépatite B).

Il s'avère possible que l'augmentation des cas déclarés corresponde, du moins en partie :

- à une augmentation réelle de l'incidence de l'infection, l'avènement de thérapies antirétrovirales pour le traitement de l'infection par le VIH plus efficaces ayant pu contribuer à un relâchement des comportements sécuritaires ;
- à l'utilisation de nouvelles techniques de détection plus sensibles et plus acceptables (détection des acides nucléiques, tests sur prélèvement urinaire et analyses automatisées, notamment)³.

Au Canada et ailleurs dans le monde

En 2010⁴, l'infection à *Chlamydia trachomatis* comptait pour 88 % de l'ensemble des ITS déclarées à l'Agence de la santé publique du Canada.

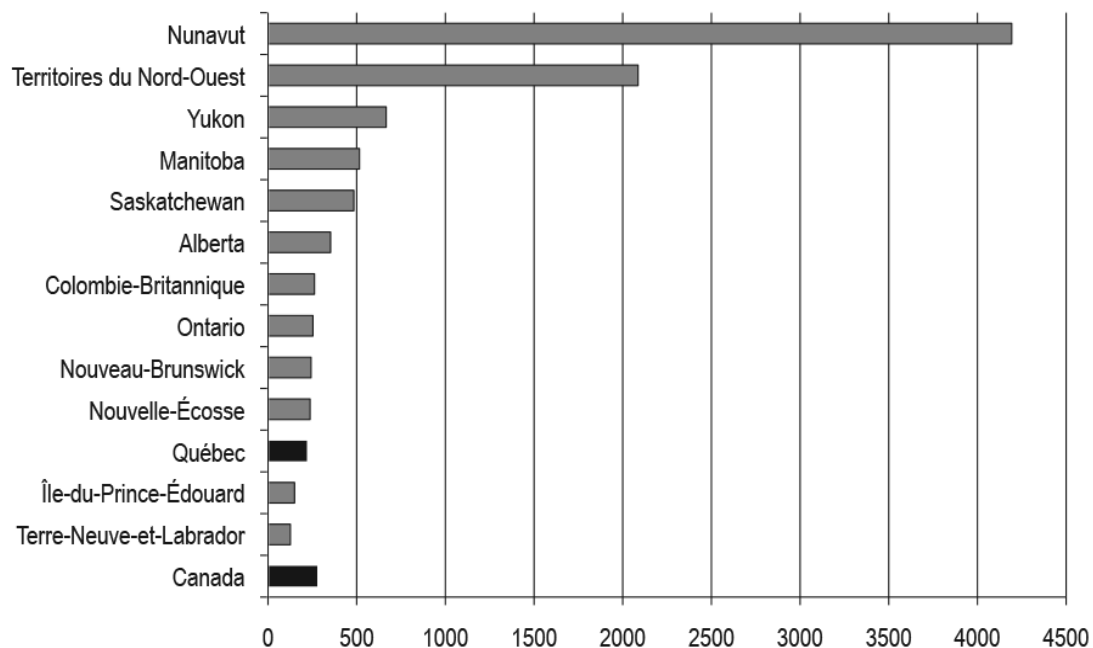
Entre 1991 et 1997, l'incidence de cette infection avait diminué du tiers, pour s'établir à 113,9 pour 100 000 personnes. À l'inverse, on a observé une hausse de 144 %, de 1997 à 2010, alors que le taux d'incidence a atteint 277,6 pour 100 000 personnes.

D'une façon générale, entre 1997 et 2010, la hausse touche tous les groupes d'âge, et davantage les hommes que les femmes. Ces dernières restaient toutefois surreprésentées, comptant pour les deux tiers des cas en 2010. Les jeunes de 15 à 24 ans, quant à eux, en représentaient 63 %.

En 2010, le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut affichaient les taux les plus élevés, soit respectivement deux, sept et quinze fois celui de l'ensemble du Canada, tandis que Terre-Neuve-et-Labrador, l'Île-du-Prince-Édouard et le Québec enregistraient les taux les plus faibles. La figure 3 présente les taux d'infection à *Chlamydia trachomatis* par province en 2010.

À l'échelle mondiale, il s'avère difficile d'interpréter les variations de l'incidence de l'infection à *Chlamydia trachomatis*. Cette infection étant le plus souvent asymptomatique, sa détection reste tributaire des services de dépistage en place. Il est donc possible que les différences observables (voir la figure 1) reflètent, au moins en partie, les différences dans l'organisation des services de dépistage des ITSS.

Figure 3 : Taux brut d'incidence des cas déclarés d'infection à *Chlamydia trachomatis* par province, Canada, année 2010 (taux pour 100 000 personnes)



Source : CENTRE DE LA LUTTE CONTRE LES MALADIES TRANSMISSIBLES ET LES INFECTIONS, *Cas signalés et taux de l'infection à Chlamydia trachomatis selon la province/le territoire et le sexe, 1991-2010*, [Ottawa], Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada, juillet 2012.

1.2 L'infection gonococcique

Au Québec

Entre 1984 et 1997, le taux d'incidence de l'infection gonococcique est passé de 105,6 à 6,6 pour 100 000 personnes, soit une réduction de 94 %. Comme pour l'infection à *Chlamydia trachomatis*, on a observé une hausse importante, s'établissant à 245 %, du taux d'incidence de l'infection gonococcique entre 1997 et 2011.

Entre 1998 et 2001, l'augmentation a affecté davantage les hommes (hausse de 75 %) que les femmes (hausse de 40 %). Au contraire, entre 2001 et 2011, l'augmentation a affecté davantage les femmes (hausse de 302 %) que les hommes (hausse de 66 %), la proportion des premières passant de 20 % à 37 % pendant cette période. Tant parmi les hommes que parmi les femmes, les personnes les plus touchées sont celles de 15 à 34 ans.

Une légère diminution du taux d'incidence de l'infection gonococcique a été observée entre 2010 et 2011, mais cette tendance ne s'est par poursuivie en 2012. La figure 2 présente l'évolution du taux d'incidence des cas déclarés d'infection à *Chlamydia trachomatis* et d'infection gonococcique au Québec de 1990 à 2011.

Dès l'arrivée de l'antibiothérapie, le gonocoque a démontré sa forte capacité à développer une résistance aux antibiotiques ; ce fut d'abord aux pénicillines, puis aux tétracyclines, aux quinolones et, plus récemment, à l'azithromycine. La résistance du gonocoque aux antibiotiques est en constante évolution. Le Laboratoire de santé publique du Québec, qui relève de l'Institut national de santé publique, assure la surveillance de la résistance du gonocoque aux antibiotiques⁵. L'émergence de la résistance à l'azithromycine a été observée au Québec en 2010, avec 11 souches (1,2 %) non sensibles à cet antibiotique ; on en comptait 8 (1,0 %) en 2011. Par ailleurs, environ 35 % des souches étaient résistantes à la ciprofloxacine, tant en 2010 qu'en 2011. Les quinolones ne sont d'ailleurs plus considérées comme un traitement de première intention de l'infection gonococcique au Québec^a.

En 2011, aucune des souches analysées au Laboratoire de santé publique du Québec n'a montré de résistance à la céfixime ou à la ceftriaxone, qui sont actuellement les antibiotiques recommandés comme traitements de première intention contre l'infection gonococcique. Toutefois, en même temps que les concentrations minimales inhibitrices tendent à augmenter, on identifie des souches à sensibilité réduite^b. Cela fait craindre l'apparition de souches résistantes et il faut constamment adapter les recommandations thérapeutiques.

Au Canada et ailleurs dans le monde

L'infection gonococcique comptait pour 11 % de l'ensemble des ITS déclarées à l'Agence de la santé publique du Canada en 2010⁶.

De 1980 à 1997, on a observé une importante diminution de l'incidence de cette infection : le taux est passé de 217,3 à 14,9 pour 100 000 personnes. À l'inverse, de 1997 à 2008, l'incidence augmentait de 163 % pour atteindre 37,9 pour 100 000 personnes en 2008. En 2009 et 2010, les taux ont été respectivement de 33,1 et 33,4 pour 100 000 personnes. La figure 4 présente le taux d'infection gonococcique par province en 2010.

Selon les données disponibles, 22 % des souches obtenues par culture démontraient une résistance aux quinolones et moins de 1 % d'entre elles auraient montré une résistance à l'azithromycine (0,1 %) en 2008.

Aux États-Unis⁷, une diminution considérable des taux a été observée de la fin des années 1970 à la fin des années 1990, suivie d'une stabilisation relative au début des années 2000. Puis, entre 2006 et 2009, l'incidence de l'infection gonococcique a diminué jusqu'au niveau le plus bas jamais enregistré dans ce pays (98,1 par 100 000 personnes). En 2010, on a toutefois observé une légère augmentation.

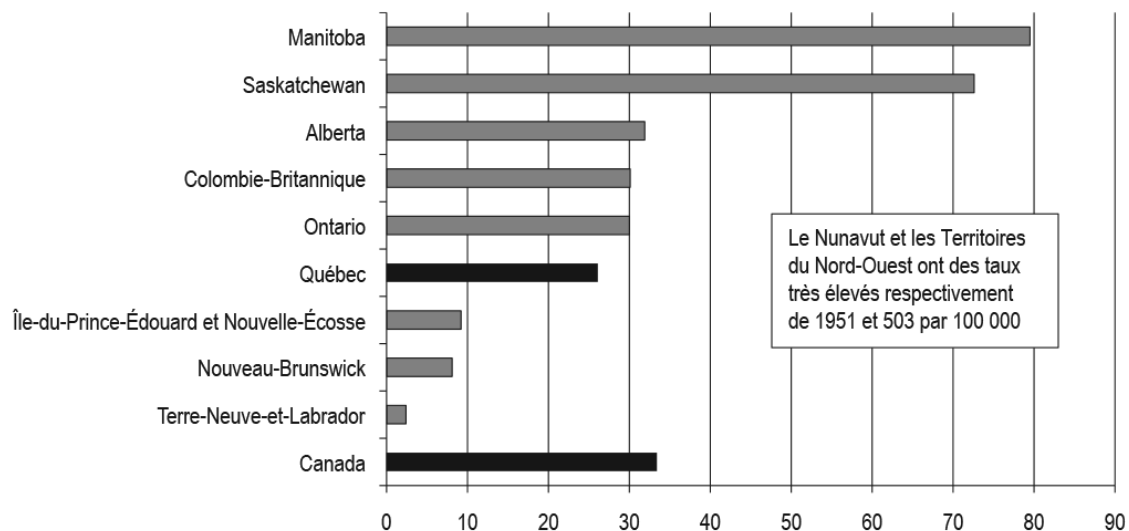
En Europe⁸, les taux varient beaucoup d'un pays à l'autre. Selon les données pour 1990 à 2010, une légère tendance à la baisse se remarque dans la majorité des pays participant au système de surveillance européen.

a. INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX, *Guide sur le traitement pharmacologique des ITSS : Infection à Chlamydia trachomatis, infection à Neisseria gonorrhoeae*, Québec, Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, 2012, 4 p. [En ligne].
[http://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Outils/Guides_ITSS/gonorrheae_GUIDE_ITSS_17jan.pdf]
(Consulté en novembre 2012).

b. Augmentation des concentrations minimales inhibitrices près du seuil de résistance.

Actuellement, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) reçoit des rapports au sujet de la résistance aux tétracyclines, aux macrolides (incluant l'azithromycine) et aux quinolones. Depuis peu, une émergence de la résistance aux céphalosporines de troisième génération (céfixime et ceftriaxone) est appréhendée : des souches à sensibilité réduite et, plus rarement, des souches résistantes ainsi que des échecs de traitement ont été rapportés dans divers pays. L'OMS parle maintenant de *Neisseria gonorrhoeae* multirésistants et craint une extension de l'épidémie⁹.

Figure 4 : Taux brut d'incidence des cas déclarés d'infection gonococcique par province, Canada, année 2010 (taux pour 100 000 personnes)



Source : CENTRE DE LA LUTTE CONTRE LES MALADIES TRANSMISSIBLES ET LES INFECTIONS, *Cas signalés et taux de l'infection gonococcique selon la province/le territoire et le sexe, 1991-2010*, [Ottawa], Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada, juillet 2012.

1.3 La syphilis infectieuse

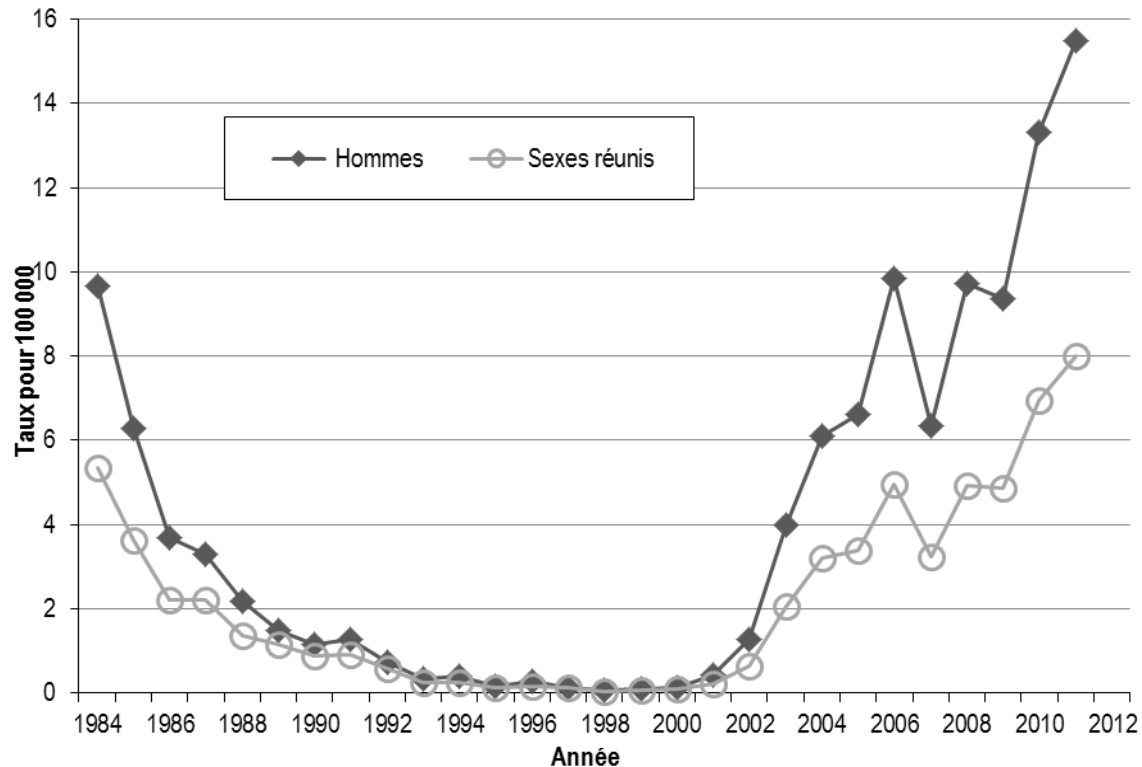
Au Québec

La syphilis infectieuse (stades primaire, secondaire et latente précoce) était devenue une rareté à la fin des années 1990 au Québec. En 1998, on dénombrait seulement trois cas déclarés de cette infection pour l'ensemble du Québec mais, depuis le début des années 2000, le nombre augmente. La résurgence a d'abord touché les hommes de la région de Montréal, essentiellement des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH).

En 2011, près de 40 % des cas résident à l'extérieur de Montréal et les femmes, surtout celles qui sont en âge de procréer, commencent à être touchées (26 en 2010 et 25 en 2011). Pour la première fois depuis dix ans, un cas de syphilis congénitale a été diagnostiqué en 2011 chez un bébé né d'une mère québécoise. Depuis quelques années, on observe également une augmentation du nombre de cas chez les jeunes de 15 à 19 ans (36 cas en 2011, contre 5 en 2007) et chez ceux de 20 à 24 ans (87 cas en 2011, contre 13 en 2007).

La figure 5 présente les taux brut d'incidence des cas déclarés de syphilis infectieuse, sexes réunis et hommes, établis au Québec pour les années 1984 à 2011.

Figure 5 : Taux brut d'incidence des cas déclarés de syphilis infectieuse au Québec, sexes réunis et hommes, de 1984 à 2011 (taux pour 100 000 personnes)



Source : BUREAU DE SURVEILLANCE ET DE VIGIE, DIRECTION DE LA PROTECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Fichier central des maladies à déclaration obligatoire, extraction des données en date du 16 avril 2012 pour les années 1990 à 2011 et données historiques tirées de rapports antérieurs pour les années 1984 à 1989.

Au Canada et ailleurs dans le monde

Au Canada¹⁰, la syphilis infectieuse (syphilis primaire et secondaire ainsi que syphilis latente précoce) était en voie d'élimination à la fin des années 1990 ; le taux s'établissait alors à moins de 1 pour 100 000 personnes. Une hausse considérable s'est amorcée au tournant du siècle. L'incidence était de 5,3 pour 100 000 personnes en 2010, soit neuf fois plus élevée qu'en 2000 (0,6 pour 100 000 personnes). En 2010 toujours, 1 757 cas de syphilis infectieuses ont été rapportés, dont 77 % en Ontario, au Québec et en Colombie-Britannique. La figure 6 présente le taux de syphilis infectieuse par province établi pour cette même année.

Aux États-Unis¹¹, l'incidence de la syphilis a augmenté de 39 % entre 2006 et 2009. Cependant, on y observe une stabilisation chez les femmes pour la première fois depuis

cinq ans. Pour la première fois également depuis le début des années 2000, l'incidence de la syphilis a diminué légèrement en 2010.

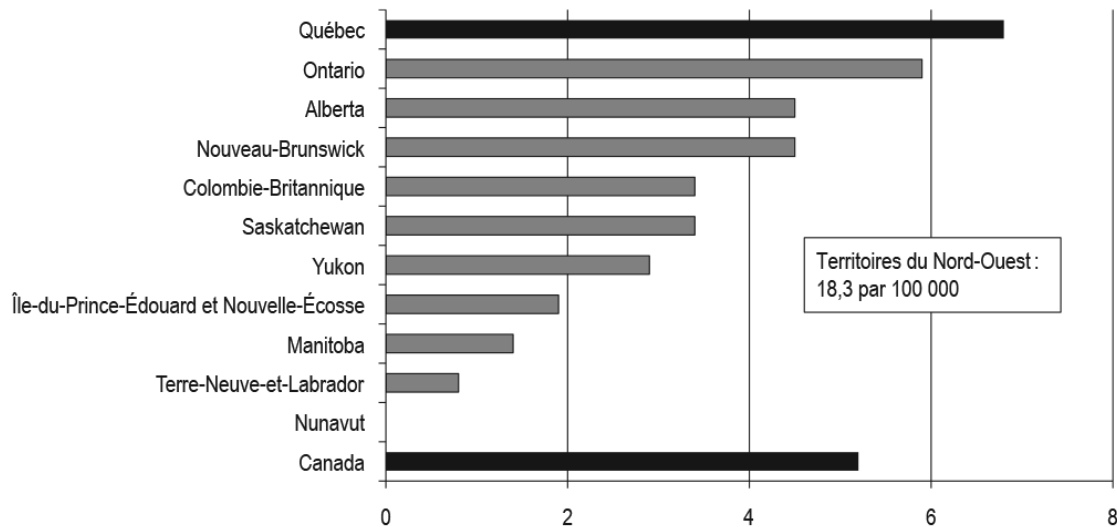
En Europe¹², en 2010, la syphilis (toutes formes) est rapportée trois fois plus souvent chez les hommes que chez les femmes. Près d'un cas sur six affecte un jeune ayant entre 15 et 24 ans (17 %). Environ la moitié des cas concernent des HARSAH (55 %).

L'OMS¹³ estime que, chaque année :

- une syphilis est détectée chez deux millions de femmes enceintes ;
- au moins 700 000 enfants naissent avec une syphilis congénitale.

Elle s'est donné comme objectif d'éliminer la syphilis congénitale.

Figure 6 : Taux brut d'incidence des cas déclarés de syphilis infectieuse par province, Canada, année 2010 (taux pour 100 000 personnes)



Source : CENTRE DE LA LUTTE CONTRE LES MALADIES TRANSMISSIBLES ET LES INFECTIONS, *Cas signalés et taux de syphilis infectieuse selon la province/le territoire et le sexe, 1991-2010*, [Ottawa], Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada, juillet 2012.

1.4 Les ulcérations génitales dites *tropicales*

Le chancre mou et le granulome inguinal sont des infections très rarement rapportées au Québec et, lorsqu'un cas est déclaré, il s'agit habituellement d'une infection acquise à l'étranger. Jusqu'en 2004-2005, il en était de même pour la lymphogranulomatose vénérienne (LGV).

Au Québec, un total de 10 cas de LGV a été déclaré entre 1990 et 2004. En 2005, on en recensait 25, puis 44 en 2006. Entre 2007 et 2011, 46 cas ont été déclarés, pour une moyenne annuelle de 9 cas. À l'exception d'un cas féminin observé en 2008, tous les cas déclarés au Québec jusqu'à maintenant sont des hommes ; la presque totalité d'entre eux sont des HARSAH, dont plusieurs seraient aussi infectés par le VIH. La

fréquentation des saunas et la recherche de partenaires sur Internet sont des circonstances fréquemment rapportées dans le cadre des enquêtes épidémiologiques.

Au Canada et ailleurs dans le monde

- **Le chancre mou** causé par *Hæmophilus ducreyi*

Au Canada, plus précisément à Winnipeg, un nombre relativement élevé de cas (105) de chancre mou avaient été signalés en 1976, puis beaucoup moins (16 cas) en 1987^a.

Dans le monde¹⁴, l'infection est encore endémique dans plusieurs pays d'Afrique, d'Asie du Sud-Est et d'Amérique latine. La prévalence annuelle mondiale du chancre mou serait d'environ six millions de cas. Dans les pays industrialisés, les cas sont sporadiques et de rares éclosions sont signalées, notamment dans certaines villes américaines. L'infection touche plus souvent les hommes que les femmes, avec un rapport de 3 pour 1 dans les pays où elle est endémique ; dans une situation d'éclosion, le rapport hommes-femmes peut atteindre 25 pour 1. Les facteurs associés à cette infection sont le travail du sexe, la consommation de drogues – notamment le crack – et, chez les hommes, le fait de n'être pas circoncis. Dans les pays industrialisés, le tourisme sexuel est généralement considéré comme un facteur augmentant le risque de contracter l'infection.

- **Le granulome inguinal** causé par *Klebsiella granulomatis*

Le granulome inguinal reste une infection très rare au Canada. Trois cas ont été diagnostiqués à Toronto au début des années 1990¹⁵ : deux d'entre eux étaient des immigrants et le troisième, une personne née au Canada ayant eu un contact sexuel avec un visiteur étranger.

Avant l'ère des antibiotiques, le granulome inguinal (parfois aussi nommé donovanose) était assez largement répandu dans les deux hémisphères¹⁶. La situation est très différente maintenant. On diagnostique cette infection principalement en Papouasie-Nouvelle-Guinée et en Afrique du Sud. On la retrouve aussi en Inde, au Brésil et parmi la population aborigène de l'Australie.

- **La LGV** causée par *Chlamydia trachomatis* de sérotype L1, L2 ou L3

Jusqu'en 2003, la survenue de cas de LGV était rare au Canada. Toutefois, des éclosions de cette infection y ont été observées¹⁷, notamment en Colombie-Britannique, en Alberta, en Ontario et au Québec. Ainsi, 112 cas de LGV ont été rapportés à l'Agence de la santé publique du Canada au cours de la première décennie du xxi^e siècle. Ces données restent probablement en deçà de la réalité, compte tenu des difficultés liées au diagnostic. La presque totalité des cas confirmés étaient des hommes, en majorité des HARSAH. Comme au Québec, la fréquentation des saunas et la rencontre de partenaires par l'intermédiaire d'Internet étaient des circonstances fréquemment rapportées par d'autres provinces.

Dans le monde, la LGV est sporadiquement détectée¹⁸ ailleurs en Amérique du Nord, en Europe et en Australie. Elle est considérée comme endémique en Afrique de l'Est et de

a. Information transmise par L. Graham, Senior Surveillance Clerk, CDC Unit, Public Health Branch, Manitoba Health, dans le contexte de l'élaboration du document *Situation et orientations : Les infections transmissibles sexuellement à déclaration obligatoire*, publié par le ministère de la Santé et des Services sociaux en 2003 (voir la note bibliographique n° 15).

l'Ouest, en Inde ainsi que dans certaines régions d'Asie du Sud-Est, d'Amérique du Sud et des Caraïbes. La majorité des cas signalés dans les pays industrialisés sont le fait de personnes ayant voyagé dans un pays où cette infection est endémique. Toutefois, au cours des dernières années, des éclosions de LGV chez les HARSAH ont été rapportées en Europe et aux États-Unis. En Europe, les premiers cas ont été signalés aux Pays-Bas, en 2003¹⁹, puis en Belgique, en France, en Allemagne, en Suède et au Royaume-Uni. Aux États-Unis, des cas de LGV ont été enregistrés dans les villes d'Atlanta, de San Francisco et de New York.

Les éclosions récentes de LGV chez les HARSAH ont été associées à une infection concomitante par le VIH, à l'hépatite C et à d'autres ITS ainsi qu'à des relations sexuelles avec des partenaires occasionnels ou anonymes, à des relations sexuelles en groupe et à d'autres activités sexuelles présentant un risque élevé au regard de la transmission des ITSS.

1.5 L'infection par le VIH

Depuis 2002, le Programme de surveillance de l'infection par le VIH au Québec permet de consigner des données sur cette infection^a.

Entre avril 2002 et décembre 2011²⁰, 3 634 cas nouvellement diagnostiqués ont été enregistrés, pour une moyenne d'un peu moins de 400 cas par année. La majorité (82 %) d'entre eux était des hommes. Près des trois quarts (72 %) des hommes et des femmes avaient entre 25 et 49 ans.

Les quatre catégories d'exposition principales sont les mêmes depuis l'instauration du programme :

- les HARSAH (incluant les HARSAH consommant des drogues par injection), qui représentent 72,8 % des nouveaux diagnostics masculins enregistrés dans le cadre du programme pour l'année 2011 ;
- les personnes hétérosexuelles non originaires de pays où le VIH est endémique, qui représentent 15,7 % de l'ensemble des nouveaux diagnostics enregistrés par l'intermédiaire du programme en 2011. Cette catégorie inclut les personnes hétérosexuelles dont le partenaire a un risque connu, les personnes ayant eu soit des partenaires multiples, soit des contacts avec des travailleuses ou travailleurs du sexe, soit des antécédents d'ITSS, les personnes ayant séjourné dans un pays où le VIH est endémique et, enfin, celles pour lesquelles on ne sait rien du ou des partenaires ;
- les personnes originaires d'un pays où le VIH est endémique, qui comptent pour 8,2 % des nouveaux diagnostics masculins et 42,5 % des nouveaux diagnostics chez les femmes enregistrés dans le cadre du programme pour l'année 2011. Il s'agit de la catégorie d'exposition la plus fréquente chez ces dernières ;
- les personnes utilisatrices de drogues par injection (UDI), qui comptent pour 6,3 % des nouveaux diagnostics enregistrés par l'intermédiaire du programme en 2011 (5,4 % chez les hommes et 10,4 % chez les femmes).

a. Pour plus d'information sur les données québécoises, consulter le dernier rapport du Programme de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Québec, [En ligne]. [http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/itss/index.php?statistiques-au-quebec].

Au Canada et ailleurs dans le monde

L'Agence de la santé publique du Canada compile les données de surveillance du VIH/sida transmises par les provinces. Elle estime qu'à la fin de 2011²¹ :

- environ 71 300 personnes vivaient avec le VIH au Canada ;
- de 20 % à 24 % d'entre elles ignoraient qu'elles étaient infectées ;
- 46,7 % des personnes vivant avec le VIH au Canada étaient des HARSAH.

À l'échelle mondiale²², le nombre de personnes qui vivent avec le VIH reste très élevé ; il serait de 33,3 millions, dont 1,2 à 2 millions en Amérique du Nord. L'OMS estime qu'il y a eu 2,6 millions nouveaux cas en 2009. La prévalence mondiale chez les adultes est estimée à 0,8 % (0,5 % pour l'Amérique du Nord).

L'infection par le VIH n'est pas également répartie dans le monde²³ :

- les taux les plus élevés s'observent en Afrique, où la prévalence moyenne est de 4,7 % et connaît une grande variation selon les pays puisqu'elle va de 0,1 % en Algérie jusqu'à près de 25 % au Swaziland, au Botswana et au Lesotho. En Afrique du Sud, la prévalence se situe à 18 % ;
- en Europe, en Asie du Sud-Est et dans la région du Pacifique occidental, les prévalences moyennes sont respectivement de 0,4 %, de 0,3 % et de 0,2 %. Les prévalences les plus élevées sont enregistrées en Thaïlande (1,3 %), en Estonie (1,2 %) et en Ukraine (1,1 %) ;
- dans la région de la Méditerranée orientale, la prévalence moyenne est de 0,2 %, allant de 0,1 % ou moins en Égypte, en Tunisie, au Liban, au Maroc, au Qatar et à Oman jusqu'à 1,1 % au Soudan et même 2,5 % au Djibouti ;
- en Amérique du Nord, la prévalence moyenne est de 0,5 %. Certains pays d'Amérique ont des taux plus bas que la moyenne (Cuba : 0,1 % ; Canada : 0,2 % ; Mexique : 0,3 %). Les taux les plus élevés sont enregistrés à Haïti (2 %) et aux Bahamas (3 %).

L'OMS s'est donné un objectif ambitieux : réduire à 0 le nombre de nouvelles infections causées par le VIH.

1.6 L'infection par le virus de l'Herpes simplex (herpès génital)

L'herpès génital est une ITS virale extrêmement fréquente.

Au Québec

La plupart des infections génitales sont causées par le virus de l'*Herpes simplex* (VHS) de type 2. Le VHS de type 1 est plutôt associé aux infections orales, même s'il peut aussi causer des infections génitales²⁴. La prévalence de l'*Herpes simplex* a fait l'objet de peu d'études au Québec.

Quelques données sont présentées dans le document intitulé *Rapport intégré : Épidémiologie des infections transmissibles sexuellement et par le sang au Québec*²⁵ :

- dans l'étude ARGUS (données de 2005), 66 % des HARSAH séronégatifs pour le VIH avaient un résultat positif à la sérologie pour le VHS-1 et 20 %, pour le VHS-2 ;
- les proportions d'HARSAH ou d'étudiants de niveau collégial qui rapportaient avoir déjà eu un épisode d'herpès étaient beaucoup plus faibles, soit respectivement de 6,6 % et de 0,8 %.

Au Canada et ailleurs dans le monde

La prévalence de l'*Herpes simplex* (VHS-2) a fait l'objet de peu d'études au Canada^{26,27}. L'une d'entre elles, menée en Colombie-Britannique²⁸ chez des femmes enceintes, a mis en évidence le fait que la prévalence du VHS-2 augmentait avec l'âge : elle était de 7,1 % chez les jeunes filles de 15 à 19 ans et de 28,9 % chez les femmes de 40 à 44 ans. Une étude, faite en Ontario²⁹ cette fois, rapporte une prévalence du VHS-2 de 9 % (population en général, hommes et femmes) et une autre étude encore, menée en Alberta³⁰, rapporte une prévalence de 19 % chez les patients de cliniques ITSS.

L'OMS affirme que l'*Herpes simplex* est la première cause d'ulcérations génitales dans le monde³¹.

Partout, la séropositivité au VHS est plus fréquente chez les femmes que chez les hommes ; en outre, elle augmente avec l'âge.

Tableau 2 : Prévalence de la séropositivité au virus de l'*Herpes simplex* de type 2 dans le monde

	Prévalence de la séropositivité au VHS de type 2	
	Femmes	Hommes
Afrique subsaharienne	De 30 à 80 %	De 10 à 50 %
Amérique centrale et du Sud	De 20 à 40 %	
Asie	De 10 à 30 %	
États-Unis	19 % chez les 14-49 ans	

Source : ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, *Stratégie mondiale de lutte contre les infections sexuellement transmissibles : 2006-2015 – Rompre la chaîne de transmission*, Genève, Organisation mondiale de la santé, 2007, III + 65 p, p 3.

1.7 Les infections par le virus du papillome humain

Les infections par le virus du papillome humain sont extrêmement fréquentes.

Les jeunes sont particulièrement touchés par le virus du papillome humain (VPH), et tant l'incidence que la prévalence des infections qui lui sont attribuables se révèlent très élevées au sein de cette population. Dans l'ensemble, les infections génitales causées

par le VPH pourraient affecter plus de 70 % des personnes actives sexuellement à un moment ou à un autre de leur vie³².

Au Québec

La prévalence du VPH a fait l'objet de quelques études menées dans le cadre de l'implantation d'un programme de vaccination au Québec. Une étude, menée à Montréal³³ en 2002-2004 auprès de femmes âgées de 30 à 69 ans, a rapporté une prévalence globale de 7,7 % des infections par le VPH à haut risque et une prévalence de 12,7 % chez celles qui avaient de 30 à 39 ans. Une étude plus récente³⁴, faite elle aussi à Montréal mais auprès d'étudiantes universitaires et de leur plus récent partenaire cette fois, a mis en évidence des prévalences du VPH de 64 % chez au moins un membre d'un couple et de 46 % chez les deux membres d'un couple.

Au Canada et ailleurs dans le monde

La prévalence et l'incidence des infections par le VPH seraient très élevées partout dans le monde, particulièrement chez les personnes ayant entre 20 et 25 ans³⁵.

La prévalence des infections par le VPH varie par ailleurs beaucoup d'un pays à l'autre³⁶. La prévalence de VPH oncogènes est estimée à 18 % en Afrique subsaharienne, à 10 % en Amérique du Sud et à 4 % en Europe.

1.8 Les disparités régionales

La distribution des cas déclarés d'ITSS n'est pas uniforme dans tout le Québec^a. Deux régions, le Nunavik et les Terres-Cries de la Baie-James, affichent des taux d'incidence très élevés d'infection à *Chlamydia trachomatis* et d'infection gonococcique ; la syphilis infectieuse y est par contre rarissime. Il faut toutefois interpréter ces taux avec prudence, la population de ces régions étant peu nombreuse.

Ailleurs au Québec, l'incidence de l'infection à *Chlamydia trachomatis* est relativement homogène. Par contre, le taux d'incidence de l'infection gonococcique est nettement plus élevé à Montréal que dans les autres régions ; il y atteint le double de la moyenne québécoise. Montréal, qui regroupe 24 % de la population québécoise, enregistre près de la moitié (45 %) des cas d'infection gonococcique en 2011. La figure 7 présente la distribution du nombre de cas déclarés d'ITSS à Montréal et dans les autres régions en 2011.

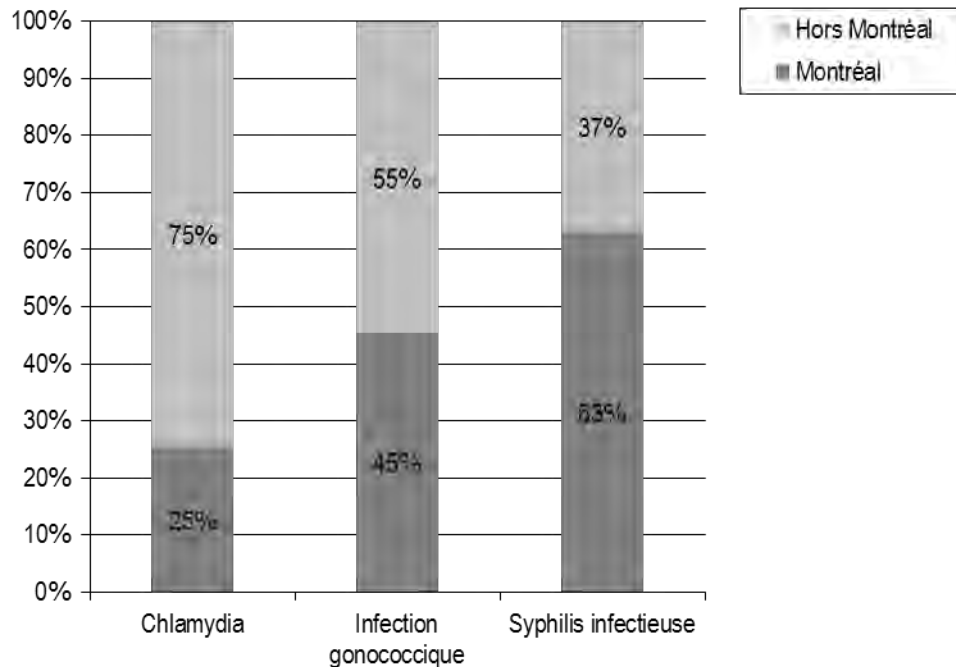
La résurgence de la syphilis infectieuse a d'abord touché la région de Montréal au début des années 2000 ; il s'agissait essentiellement d'HARSAH. Puis la distribution a changé : en 2011, cette infection est présente dans 14 des 18 régions québécoises et 36 % des cas de syphilis infectieuse habitent à l'extérieur de Montréal.

Pour ce qui est du VIH, 65 % des cas nouvellement diagnostiqués entre avril 2002 et décembre 2011 résidaient dans la région de Montréal.

a. Pour plus d'informations sur les données québécoises, consulter le *Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec*, accessible sur le site Web du MSSS : [http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/itss/index.php?statistiques-au-quebec].

La région de Montréal regroupe 86 % des cas déclarés de LGV entre 2003 et 2011. Au cours de cette période, sept autres régions ont enregistré entre un et trois cas chacune.

Figure 7 : Distribution du nombre de cas déclarés d'infections transmissibles sexuellement et par le sang au Québec, Montréal et hors Montréal, 2011



Source : BUREAU DE SURVEILLANCE ET DE VIGIE, DIRECTION DE LA PROTECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Fichier central des maladies à déclaration obligatoire, extraction des données en date du 16 avril 2012.

1.9 Les complications dues aux infections transmissibles sexuellement

Il n'existe pas de système québécois de surveillance systématique des complications dues aux infections transmissibles sexuellement (ITS). Cependant, certaines données sur les grossesses ectopiques sont accessibles. Même si l'infection génitale à *Chlamydia trachomatis* et l'infection gonococcique ne sont pas les seules causes de ce problème, elles y contribuent largement. Selon les données du Fichier des hospitalisations (MED-ECHO)³⁷, le taux de grossesse ectopique était de 9,5 pour 1 000 grossesses déclarées pour la période 2007-2010, soit en moyenne 883 par année. Étant donné que le traitement de la grossesse ectopique se fait de plus en plus en mode ambulatoire, le taux de grossesse ectopique calculé à partir des données hospitalières reste largement en deçà du taux réel.

Trois complications dues aux ITS sont associées à une morbidité élevée : l'atteinte inflammatoire pelvienne, la grossesse ectopique et l'infertilité tubaire. En l'absence de traitement, jusqu'à 40 % des infections à *Chlamydia trachomatis* et des infections gonococciques chez les femmes évoluent vers une atteinte inflammatoire pelvienne qui conduit elle-même, dans 25 % des cas, à la stérilité³⁸.

La syphilis non traitée peut évoluer vers une syphilis tertiaire, qui est la cause d'une morbidité importante. La transmission de la syphilis d'une mère infectée à son nouveau-né peut résulter en une syphilis congénitale dont le spectre clinique est large et qui entraîne une morbidité ainsi qu'une mortalité également importantes. La syphilis non traitée chez la femme enceinte a comme conséquence un taux global de 50 % à 80 % d'issue défavorable de la grossesse (mortinaissance, avortement spontané, décès périnatal, infection du nourrisson, prématurité, faible poids à la naissance)³⁹.

Par ailleurs, on détecte le VPH dans la presque totalité des cas de cancer du col de l'utérus. On remarque une prévalence élevée de VPH à haut risque pour plusieurs autres types de cancers, entre autres ceux de l'anus, de la vulve, du vagin, du pénis et de l'oropharynx⁴⁰.

Enfin, la présence d'une ITSS est un facteur qui augmente de façon significative le risque de transmission de l'infection par le VIH, notamment lorsque s'y ajoute une ulcération génitale ou une inflammation du col.

2 LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ ET LES FACTEURS DE RISQUE

Les déterminants de la santé désignent les facteurs qui influent sur l'état de santé de la population sans nécessairement être des causes directes de problèmes particuliers ou de maladies. Certains déterminants sont davantage associés aux individus et d'autres, à la collectivité⁴¹.

2.1 Les facteurs biologiques

Diverses caractéristiques des agents pathogènes causant les ITSS favorisent leur propagation et leur persistance dans une population :

- certaines ITSS se transmettent facilement, par simple contact (l'herpès et les condylomes, entre autres) ;
- les manifestations cliniques de la plupart des ITSS sont très discrètes, voire absentes (en plus de retarder le diagnostic et le traitement, cette caractéristique ne favorise pas la reconnaissance d'un partenaire infecté) ;
- la période de contagiosité des ITSS est souvent longue (c'est le cas, par exemple, pour la syphilis, l'hépatite B, l'hépatite C et l'infection par le VIH).

D'autres caractéristiques freinent, dans une certaine mesure, la propagation des ITSS :

- certaines ITSS se transmettent plus difficilement (par exemple, le VIH se transmet plus difficilement que la gonorrhée) ;
- les agents responsables des ITSS ne survivent pas facilement dans l'environnement et ils ne se transmettent pas par voie aérienne ou respiratoire ;
- l'humain étant le seul hôte des agents responsables des ITSS, celles-ci ne sont donc pas transmises par les animaux ou les insectes ;
- des traitements peuvent éliminer l'agent pathogène chez la personne infectée et interrompre la chaîne de transmission (infection à *Chlamydia trachomatis*, infection gonococcique, syphilis) ;

- des traitements peuvent réduire la réplication virale (infection par le VIH, herpès génital) et, dans certaines conditions (observance du traitement, absence d'ITSS concomitantes, etc.), faire diminuer les risques de transmission.

La susceptibilité aux ITSS est également influencée par des facteurs physiologiques relatifs à l'hôte, tels que l'âge, le sexe, l'état de santé et l'immunité. Par exemple, les femmes présentent une plus grande susceptibilité que les hommes aux ITSS et à leurs complications⁴² (voir la section 4, « Le cycle de transmission des infections »).

Enfin, d'autres facteurs biologiques doivent être pris en considération. Ainsi, il n'existe aucune immunité naturelle connue contre la plupart des ITS. De plus, le fait d'avoir contracté une ITS augmente le risque d'acquisition d'autres ITSS. Ainsi, un ulcère génital (herpès, syphilis) ou une inflammation du col (infection gonococcique, infection génitale à *Chlamydia trachomatis*) constituent des portes d'entrée pour le VIH. D'autre part, l'immunodéficience causée par le VIH augmente le risque qu'apparaissent des manifestations plus graves des autres ITS, comme l'herpès ou les condylomes, et diminue la réponse aux traitements classiques des ITS.

2.2 Les facteurs liés aux comportements et aux habitudes de vie

Certains comportements augmentent le risque de contracter une ITSS, notamment :

- le contact des muqueuses avec les sécrétions génitales ou les muqueuses d'une personne infectée (infections transmissibles sexuellement telles que l'infection à *Chlamydia trachomatis*, l'infection gonococcique et l'infection par le VIH) ;
- le contact du sang, des muqueuses ou d'une plaie ouverte avec le sang d'une personne infectée (infections transmissibles par le sang comme l'infection par le VIH, l'hépatite B ou l'hépatite C).

Plus ces comportements sont fréquents et plus la probabilité qu'un partenaire soit infecté est élevée, plus le risque de contracter une ITSS augmente. Le risque est cependant réduit lorsque l'on utilise des moyens de prévention comme un condom ainsi que du matériel d'injection et d'inhalation stérile. Certaines habitudes de vie^{a,43} telles que la consommation d'alcool ou de drogues augmentent le risque de transmission dans la mesure où elles peuvent diminuer le contrôle de l'individu sur son comportement.

Par ailleurs, les pratiques professionnelles peuvent jouer un rôle dans la transmission des infections transmissibles par le sang. L'application des précautions universelles permet de diminuer le risque.

Plusieurs modèles comportementaux issus de la recherche sociale sont proposés pour expliquer l'adoption et le maintien de comportements sexuels sécuritaires. Ils ont en commun de retenir plusieurs éléments, très variés, aux fins de cette explication : perception du risque, attitudes par rapport à la maladie et aux comportements souhaités, perception de l'efficacité des mesures proposées, des normes sociales et de sa capacité de contrôle sur le comportement à adopter ou à éviter, influence des pairs, expérience antérieure, priorité accordée au problème par rapport à l'ensemble de sa situation, estime de soi et possibilité de recourir à des solutions de remplacement. Le Centre de

a. Les habitudes de vie sont fortement influencées par les conditions de vie telles que le revenu, le niveau d'éducation et le milieu social. Pour intervenir efficacement et faire changer les habitudes de vie, il convient d'agir à la fois sur l'environnement, les conditions de vie et les comportements individuels.

collaboration nationale des maladies infectieuses a produit un guide de planification des services d'approche qui est accessible en ligne⁴⁴ ; l'annexe D résume diverses théories du changement de comportement.

2.3 Les facteurs liés à l'environnement social et aux conditions socioéconomiques

L'environnement social, en raison des normes et des valeurs qui y sont véhiculées, influence tant les comportements que les habitudes de vie⁴⁵. Des conditions de vie difficiles, un état personnel précaire, un manque de maturité ou d'expérience ainsi qu'un environnement défavorable aux mesures de prévention amènent parfois les personnes vulnérables à reléguer la prévention au second plan et à prendre des risques⁴⁶.

Les tabous et les préjugés entourant la sexualité, la consommation de drogue ainsi que l'homophobie constituent des barrières importantes pour la prévention des ITSS. Des attitudes discriminatoires à l'endroit des personnes vulnérables ont des effets non seulement sur elles (faible estime de soi, retrait social, méfiance, secret), mais aussi sur l'ensemble de la communauté (résistance à l'implantation de programmes préventifs, résistance à l'investissement de ressources, répression, discrimination, etc.). Ces éléments agissent donc à deux niveaux pour contribuer à la propagation des ITSS :

- la communauté est moins concernée par la santé de certains groupes de la population (UDI, travailleuses et travailleurs du sexe, entre autres) ;
- les personnes vulnérables se sentent moins motivées, moins compétentes et peu soutenues quand il s'agit d'adopter et de maintenir des comportements sécuritaires.

Les nouvelles technologies (par exemple, Internet et le téléphone intelligent) transforment les modes de communication, les relations interpersonnelles ainsi que les conduites sexuelles et la prise de risque. Les répercussions de ces technologies sont particulièrement remarquables pour les personnes homosexuelles, bisexuelles ou transgenres puisqu'Internet permet de contourner certaines contraintes socioculturelles, juridiques et politiques qui visaient à contenir l'expression d'une sexualité peu répandue ou marginalisée.

2.4 Les facteurs liés à l'environnement physique

Les milieux surpeuplés, isolés géographiquement ou marginalisés peuvent être propices à la promiscuité ou se révéler plus étanches à l'implantation de mesures de prévention, ce qui accentue la transmission des ITSS. On pense ici au milieu carcéral, aux communautés autochtones ou à la rue. Par ailleurs, certains lieux ou certaines occasions de socialisation et de rencontres sexuelles tels que les bars, les clubs échangistes, les saunas et les *sex partys* favorisent la consommation d'alcool et de drogues, la multiplicité des partenaires ou, encore, le sexe en groupe.

Diverses mesures contribuent à créer des environnements favorables à la prévention des ITSS, notamment l'accès aux condoms dans les lieux de socialisation et de rencontre sexuelle ainsi que la distribution de condoms et de matériel d'injection stérile.

2.5 Les facteurs liés à l'organisation des services de santé

L'apparition et la persistance d'une épidémie sont influencées par la durée de la période de contagiosité des personnes infectées. Plus le traitement est précoce et plus l'infection est guérie rapidement, moins la personne infectée risque de transmettre son infection à d'autres.

L'accessibilité à des mesures de prévention primaire comme la vaccination demeure un facteur dont l'influence bénéfique est démontrée. En prévention secondaire, l'accès à des services de dépistage, de diagnostic et de traitement efficaces et précoces contribue au contrôle de l'épidémie et prévient en grande partie les complications potentielles associées aux ITSS. L'intervention préventive auprès des partenaires sexuels des personnes infectées, incluant le traitement précoce, poursuit le même but : interrompre la chaîne de transmission.

Depuis 2004, les changements apportés à l'organisation du système de santé québécois visent à améliorer l'accès aux services de première ligne et la continuité des interventions. Désormais, les besoins de la population de chaque territoire local se situent au cœur de la planification et de l'organisation des services⁴⁷.

Les services déployés pour lutter contre les ITSS diffèrent d'une région à l'autre. Plusieurs raisons l'expliquent, entre autres la densité de la population, l'étendue du territoire, l'éloignement des grands centres ainsi que la disponibilité des ressources professionnelles.

Les groupes les plus touchés sont loin d'être homogènes. Ils présentent des facteurs de risque différents et des caractéristiques psychosociales diverses⁴⁸. Généralement, ils ne réclament pas de soutien et fréquentent peu les services de santé. Il faut donc aller vers eux, dans les lieux qu'ils fréquentent et dans leurs milieux de vie. Ces éléments posent un défi pour l'organisation des services et leur adaptation.

Les cliniques jeunesse et les services à l'intention des groupes vulnérables (dont les services intégrés de dépistage et de prévention des ITSS) sont déjà bien implantés dans certaines régions ; dans d'autres, ils gagneraient à être consolidés ou même déployés. Par ailleurs, une meilleure intégration des ITSS dans le réseau local de services (groupes de médecine de famille, centre de réadaptation en dépendance, etc.) et dans tous les programmes-services des CSSS est nécessaire pour joindre les personnes vulnérables là où elles sont.

3 LES GROUPES LES PLUS TOUCHÉS

Personne n'est à l'abri des ITSS. Cependant, certains groupes de la population sont plus touchés que d'autres, soit à cause de leur vulnérabilité physiologique ou sociale, soit parce qu'ils adoptent des comportements ou des habitudes de vie plus risqués, soit parce que la prévalence et l'incidence des ITSS est plus élevée dans ces groupes.

Il est possible d'établir certains constats à partir du système de surveillance des maladies à déclaration obligatoire et des résultats des quelques études menées au Québec sur le sujet. Toutefois, on ne connaît pas précisément la prévalence des ITSS au sein des différents groupes, les rares études québécoises sur la prévalence de ces infections n'ayant ciblé que des sous-groupes très restreints.

3.1 Les adolescents et les jeunes adultes

Selon les données du fichier MADO, chez les 15-24 ans :

- les taux d'incidence d'infection génitale à *Chlamydia trachomatis* et d'infection gonococcique sont plus élevés que ceux qui ont été établis pour l'ensemble de la population. En 2011, les 15-24 ans comptaient pour 67 % des cas déclarés d'infection génitale à *Chlamydia trachomatis* et 44 % des cas déclarés d'infection gonococcique ;
- la proportion des cas de syphilis infectieuse a augmenté considérablement ces dernières années, passant de 7 % en 2007 à 19 % en 2011. Ainsi, en 2011, on compte six fois plus de cas de syphilis infectieuse dans ce groupe d'âge qu'en 2007.

Selon les données du Programme de surveillance de l'infection par le VIH au Québec :

- entre le début du programme en 2002 et la fin de l'année 2011, les jeunes de 15 à 24 ans comptent pour 7 % des nouveaux diagnostics ;
- la grande majorité (80 %) des nouveaux diagnostics chez les hommes de 15 à 24 ans concernent des HARSAH.

Selon les résultats d'enquêtes populationnelles, l'âge moyen du début des relations sexuelles semble stable au Québec, soit autour de 18 ans^{a,49}.

Selon l'enquête sur la santé des étudiants du secondaire (2010-2011)⁵⁰, il ressort :

- que 37 % des élèves du secondaire âgés de 14 ans et plus ont eu des relations sexuelles consensuelles (33 % ont eu des relations orales, 31 % ont eu des relations vaginales et 6 %, des relations anales) ;
- que, parmi ceux-ci, environ 3 sur 10 disent avoir eu des relations orales (31 %) ou vaginales (30 %) avec « 3 partenaires ou plus au cours de leur vie » (la proportion est de 15 % pour les relations anales) ;
- que les deux tiers (68 %) des jeunes ayant eu des relations sexuelles vaginales rapportent avoir utilisé un condom pendant leur dernière relation de ce type (75 % des garçons, contre 62 % des filles), alors que 51 % des jeunes ayant eu des relations anales rapportent avoir utilisé un condom au cours de leur dernière relation de ce type (58 % des garçons, contre 42 % des filles).

Selon les données d'un rapport sur la santé⁵¹ publié par Statistique Canada en 2008, 58 % des jeunes québécois de 15 à 19 ans ont déjà eu au moins une relation sexuelle ; c'est la proportion la plus élevée au Canada.

Un pourcentage important de jeunes ont des relations sexuelles non protégées. Plusieurs études rapportent une utilisation du condom plus répandue chez les jeunes hommes que chez les jeunes filles⁵².

a. Le calcul de l'âge moyen peut varier selon la population étudiée. Les jeunes non actifs sexuellement sont généralement exclus des populations étudiées pour le calcul de l'âge moyen à la première relation. Compte tenu que ces jeunes commencent à avoir des activités sexuelles plus tard, l'âge moyen calculé est plus bas que l'âge réel. L'estimation présentée par Blais et autres tient compte de ce facteur.

Selon les données de l'Enquête québécoise sur la santé de la population (2008)⁵³, parmi les personnes actives sexuellement âgées de 15 à 24 ans :

- près de la moitié (48 %) des jeunes hommes et 35 % des jeunes filles rapportent utiliser un condom pour toutes leurs relations sexuelles ;
- 22 % des jeunes hommes et 28 % des jeunes filles du même âge disent ne jamais utiliser de condom ;
- 30 % des jeunes hommes ont eu entre deux et quatre partenaires au cours de la dernière année et près de 9 % en ont eu plus de cinq, tandis que chez les jeunes femmes, ces proportions sont respectivement de 24 % et de 3 % ;
- l'utilisation du condom est plus fréquente chez les jeunes qui ont plusieurs partenaires mais, pour un même nombre de partenaires, les filles utilisent moins le condom que les garçons.

3.2 Les jeunes en difficulté

Les données tirées du suivi 2001-2005⁵⁴ de la cohorte montréalaise de jeunes de la rue âgés de 14 à 23 ans illustrent le niveau de risque élevé d'acquisition d'ITSS :

- 99 % sont actifs sexuellement ;
- parmi ceux-ci, 43 % des filles et 28 % des garçons ont eu des relations sexuelles en échange d'argent ou d'un autre bénéfice ;
- 49 % des filles ont déjà été enceintes.

L'étude montréalaise⁵⁵ portant sur la trajectoire résidentielle des jeunes de la rue âgés de 18 à 25 ans^a ajoute d'autres éléments à ce portrait :

- ces jeunes vivent des problèmes multiples :
 - abus sexuel avant l'âge de 14 ans (44 % des filles et 17 % des garçons),
 - abus de drogues ou d'alcool, ou dépendances (82 % des filles et 70 % des garçons),
 - utilisation de drogues par injection (53 % des filles et 36 % des garçons),
 - pensées suicidaires (57 %) et historique des tentatives de suicide (38 %) ;
- au début de l'étude, la prévalence du virus de l'hépatite C (VHC) s'élevait à 13 % et celle du VIH, à 3 %, avec des valeurs beaucoup plus élevées chez les jeunes de la rue UDI ;
- au cours des dix-huit mois de la période d'observation, l'incidence du VHC était d'un peu plus de 3 par 100 personnes-années et celle du VIH, d'un peu moins de 1 par 100 personnes-années.

Selon des données recueillies en 2008-2009⁵⁶ auprès de jeunes de 14 à 18 ans (moyenne de 15,7 ans) hébergés dans six centres jeunesse du Québec, ces adolescents adoptent, par rapport à l'ensemble des jeunes, des comportements présentant une plus grande part de risque :

a. L'âge moyen était de 22 ans et 80 % de ces jeunes étaient des garçons.

- près de 60 % ont eu leur première relation sexuelle volontaire avant l'âge de 14 ans ;
- 40 % des jeunes actifs sexuellement ont déjà eu des relations sexuelles en groupe ;
- le nombre médian de partenaires sexuels à vie était de cinq chez les filles et de huit chez les garçons ;
- 7 % des filles et 12 % des garçons ont cherché des partenaires sexuels sur Internet dans l'année précédant leur admission dans un centre jeunesse ;
- 51 % des filles et 65 % des garçons ont utilisé le condom à l'occasion de leur dernière relation sexuelle vaginale ;
- 25 % des filles et 7 % des garçons ont déjà reçu de l'argent ou d'autres biens en échange de relations sexuelles.

Quant à la fréquence des ITSS, la même étude mentionne les résultats suivants :

- la prévalence de l'infection génitale à *Chlamydia trachomatis* s'élevait à 9 % chez les filles et à 2 % chez les garçons ;
- la prévalence de l'infection gonococcique était de 2 % chez les filles, mais aucun cas n'a été détecté chez les garçons ;
- 18 % des filles et 38 % des garçons rapportaient qu'un médecin ou une infirmière leur avait dit qu'ils avaient une ITSS.

3.3 Les femmes

Les données du fichier MADO montrent :

- que les femmes sont particulièrement affectées par l'infection à *Chlamydia trachomatis* (68 % des cas déclarés en 2011) ;
- que, pour ce qui est des cas déclarés d'infection gonococcique et de syphilis infectieuse en 2011, les proportions des femmes sont respectivement de 37 % et de 4 % ;
- des cas d'ITSS affectant des enfants de moins de un an sont déclarés chaque année, ces infections ayant probablement été contractées en période prénatale ou périnatale (voir le tableau 3).

Selon les données du Programme de surveillance de l'infection par le VIH au Québec, à la fin de 2011⁵⁷ :

- les femmes comptaient pour 21 % de l'ensemble des cas enregistrés dans le cadre du programme depuis 2002, mais la proportion ainsi que le nombre annuel de cas enregistrés tendent à diminuer ;
- pour l'année 2011, on compte 40 nouveaux diagnostics chez des femmes, dont 12 % ont de 15 à 24 ans, 25 % ont entre 25 et 34 ans, 18 % ont entre 35 et 44 ans, et 40 % ont 45 ans ou plus.

Tableau 3 : Nombre de cas d'infections transmissibles sexuellement et par le sang chez les 0-4 ans, province de Québec, de 2007 à 2011

Infection	Nombre de cas
Hépatite B (aiguë, chronique et sans précision)	38
Infection génitale à <i>Chlamydia trachomatis</i>	31
Hépatite C	21
VIH (anciens et nouveaux diagnostics)	7
Infection gonococcique	2
Syphilis congénitale	1 en 2011 (10 entre 1990 et 1999, 1 en 2000)
Total	100

Source : BUREAU DE SURVEILLANCE ET DE VIGIE, DIRECTION DE LA PROTECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Fichier central des maladies à déclaration obligatoire, extraction des données en date du 16 avril 2012.

3.4 Les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes

Les HARSAH sont particulièrement touchés par plusieurs ITSS, notamment l'infection gonococcique, la syphilis, la lymphogranulomatose vénérienne (LGV) et l'infection par le VIH.

Les proportions d'HARSAH parmi les cas déclarés d'infection gonococcique étaient respectivement de 63 % et de 61 % dans deux compilations provinciales des données d'enquêtes épidémiologiques produites à la suite de déclarations d'infection gonococcique dans les régions du Québec en 2000⁵⁸ et en 2005-2006⁵⁹.

Selon la compilation provinciale faite en 2004-2005⁶⁰ à partir des données d'enquêtes épidémiologiques relatives aux déclarations de syphilis, la quasi-totalité (91 %) des cas étaient des hommes et, parmi ceux-ci, 96 % étaient des HARSAH.

De plus, selon les résultats préliminaires la compilation provinciale⁶¹ effectuée à l'automne 2012) des données d'enquêtes épidémiologiques menées à la suite de déclarations de syphilis infectieuse chez les jeunes de 15 à 24 ans :

- 93 % des cas masculins étaient des HARSAH (les proportions étaient de 85 % chez les 15-19 ans et de 97 % chez les 20-24 ans) ;
- 41 % des cas masculins HARSAH âgés de 15 à 19 ans avaient eu des relations sexuelles avec des hommes et des femmes, la proportion chutant à 11 % pour ceux qui avaient de 20 à 24 ans.

La LGV fait l'objet d'une vigie intensifiée pancanadienne depuis 2005. La presque totalité des cas sont des HARSAH, tant au Canada qu'au Québec.

Selon les données du Programme de surveillance de l'infection par le VIH au Québec⁶² :

- les HARSAH comptent pour la majorité (63 %) de l'ensemble des cas masculins d'infection par le VIH entre 2002 et avril 2011 ;
- la proportion tend à augmenter, étant passée de 57% en 2003 à 69 % en 2011.

Par ailleurs, les comportements sexuels impliquant des contacts avec la région anale peuvent comporter un risque de transmission de maladies entériques (ex. : hépatite A, shigellose). Au Québec, des éclosions de telles maladies ont été observées chez les HARSAH⁶³.

Les données de l'étude ARGUS^{64,65} menée auprès d'hommes recrutés dans des lieux de socialisation gais en 2008-2009 montrent que, chez les participants :

- la prévalence du VIH était de 14 % ;
- la prévalence du VHC était de 30 % chez ceux qui utilisaient des drogues par injection et de 2 % chez ceux qui n'en consommaient pas ;
- une proportion significative de ceux qui avaient eu des relations sexuelles avec un homme dans les six derniers mois rapportaient des comportements à risque :
 - 45 % ont dit avoir eu une ou plusieurs relations anales non protégées,
 - 32 % des HARSAH séronégatifs ou de statut sérologique inconnu ont affirmé avoir eu au moins une relation anale non protégée par un condom avec un partenaire d'un soir ou un partenaire autre qu'un partenaire connu comme étant de statut VIH séronégatif,
 - 49 % des HARSAH se sachant infectés par le VIH ont rapporté avoir eu une ou plusieurs relations anales non protégées par un condom avec un partenaire d'un soir ou un partenaire autre qu'un partenaire connu comme étant de statut VIH séropositif,
 - 23 % ont dit avoir eu des relations anales avec six partenaires masculins ou plus,
 - 5 % ont affirmé avoir reçu de l'argent en échange de relations sexuelles (travailleurs du sexe) au cours des six derniers mois ;
- la proportion de ceux qui rapportaient avoir eu des relations sexuelles avec une femme au cours des six derniers mois s'établissait à 17 %.

3.5 Les personnes utilisatrices de drogues par injection^a et par inhalation

Selon les données du Programme de surveillance de l'infection par le VIH au Québec⁶⁶ :

- de 2002 à décembre 2011, 13 % de l'ensemble des cas enregistrés sont des UDI ;
- la proportion atteint 18 % si l'on ajoute les cas qui sont à la fois HARSAH et UDI (5 %) ;
- la proportion d'UDI tend à diminuer, étant passée de 20 % en 2003 à 7 % en 2011.

a. Les études épidémiologiques publiées ont essentiellement été menées auprès d'UDI. Toutefois, le fait que le partage de matériel d'inhalation de drogues comporte aussi un risque significatif de transmission d'infections transmissibles par le sang, comme l'infection par le VIH et l'hépatite C, est étayé par plusieurs études.

Par ailleurs, le partage de matériel d'inhalation pourrait aussi contribuer à la transmission du VIH et du VHC. En effet, un contact avec du sang contaminé est alors possible en raison de brûlures ou de plaies aux lèvres et à la bouche^{67,68,69}.

Depuis plusieurs années, une surveillance de l'épidémiologie du VIH (depuis 1995) et du VHC (depuis 2002) auprès des UDI s'exerce au Québec par l'intermédiaire du réseau SurvUDI. La presque totalité des participants sont recrutés dans les centres d'accès au matériel d'injection situés dans huit régions du Québec.

Les UDI recrutés dans SurvUDI jusqu'en 2009 présentent le profil suivant⁷⁰ :

- 75 % sont des hommes ;
- l'âge moyen est de 34,5 ans pour les hommes et de 29,6 ans pour les femmes ;
- parmi les femmes, un peu plus de 30 % rapportent avoir reçu de l'argent, des drogues ou d'autres biens en échange de relations sexuelles au cours des six derniers mois ;
- 5 % des hommes rapportent avoir reçu de l'argent, des drogues ou d'autres biens en échange de relations sexuelles ;
- 25 % des UDI ont utilisé des seringues usagées, près d'un sur quatre (22,0 %) a emprunté de l'eau pour diluer la drogue et un sur cinq (20,4 %) a emprunté des contenants pour chauffer la drogue ;
- 21 % ont donné à d'autres des seringues qu'ils avaient utilisées ;
- l'emprunt des seringues est en diminution, la proportion étant passée de 43 % à 25 % entre 1995 et 2008 ;
- l'utilisation du condom est inconstante.

Toujours selon les données de SurvUDI :

- la prévalence du VIH au cours de la période d'observation 1995-2009 est de 14,9 % (11,5 % chez les femmes et 15,7 % chez les hommes), les valeurs les plus élevées s'observant à Montréal et dans les centres urbains ;
- l'incidence du VIH est passée de 5,0 par 100 personnes-années en 1995 à 1,5 par 100 personnes-années en 2007 ;
- la prévalence du VHC au cours de la période d'observation 2003-2009 est de 62,7 % (61,2 % chez les femmes et 63,1 % chez les hommes) ;
- l'incidence du VHC est passée de 22,2 par 100 personnes-années en 1998 à 35,6 par 100 personnes-années en 2007.

Comme les centres où sont recrutés les participants de SurvUdi interviennent auprès de la population pour laquelle le risque de contracter l'infection par le VIH ou l'infection par le VHC est le plus élevé, tant l'incidence que la prévalence de ces infections dans ce groupe sont probablement surestimées⁷¹.

3.6 Les personnes incarcérées

Selon une étude⁷² menée en 2003 dans sept établissements de détention du Québec auprès de 1 357 hommes et de 250 femmes, une proportion significative des personnes

incarcérées ont, au regard des ITSS, un historique des facteurs de risque dont les événements sont survenus en dehors de la période d'incarcération :

- l'utilisation de drogues par injection touche 28 % des hommes et 43 % des femmes, et plus de 50 % de ces hommes et de ces femmes avaient déjà partagé du matériel d'injection ;
- le tatouage^a concerne 48 % des hommes et 60 % des femmes, 16 % d'entre eux et 31 % d'entre elles s'étant fait tatouer au moins une fois avec du matériel non stérile ;
- le perçage s'applique à 31 % des hommes et à 54 % des femmes, et 14 % de ces hommes et 10 % de ces femmes se sont fait percer la peau au moins une fois avec du matériel non stérile ;
- les relations sexuelles anales non protégées concernent 35 % des hommes et 52 % des femmes ;
- le fait de recevoir de l'argent, des drogues ou d'autres biens en échange de relations sexuelles touche 6 % des hommes et 42 % des femmes, 62 % d'entre eux et 42 % d'entre elles ayant eu des relations sexuelles non protégées au moins une fois.

Plusieurs rapportent aussi des comportements à risque pendant leur incarcération :

- l'injection de drogues est le fait de 4 % des hommes et de 0,8 % des femmes, au moins la moitié de ces hommes et de ces femmes ayant partagé leur seringue ;
- l'inhalation de cocaïne concerne 24 % des hommes et 13 % des femmes, et plus de 50 % d'entre eux et d'entre elles avaient partagé leur paille ;
- le tatouage en prison s'applique à 38 % des hommes et à 5 % des femmes, dont respectivement 18 % et 42 % se sont fait tatouer avec du matériel non stérile.

La même étude contient en outre les données suivantes :

- la prévalence du VIH était de 2,3 % chez les hommes et de 8,8 % chez les femmes ;
- la prévalence du VHC était de 17 % chez les hommes et de 29 % chez les femmes ;
- plus de la moitié des hommes et des femmes infectés par le VIH étaient aussi infectés par le VHC ;
- la prévalence était beaucoup plus élevée parmi les personnes incarcérées UDI. Pour le VIH, elle était de 7 % chez les hommes et de 21 % chez les femmes, tandis que pour le VHC, elle était de 56 % chez les hommes et de 64 % chez les femmes.
- enfin, 17 % des personnes incarcérées vivant avec le VIH et 33 % de celles qui étaient infectées par le VHC ignoraient leur statut ; les données étaient similaires pour les hommes et les femmes.

a. Le tatouage n'est souvent pas le seul facteur de risque ; il est donc difficile d'affirmer que l'infection a été acquise par cette voie.

Il est indéniable que la prévalence du VIH et celle du VHC chez les personnes incarcérées sont fortement associées à l'utilisation de drogues par injection. La proportion d'UDI est plus forte chez les femmes incarcérées que chez les hommes incarcérés ; cela explique le fait que la prévalence du VIH et celle du VHC soient plus élevées chez les femmes incarcérées.

3.7 Les personnes originaires de pays où les ITSS sont endémiques^a

Il existe peu de données québécoises sur l'épidémiologie des ITSS chez les Québécois originaires de pays endémiques^a.

Le pays d'origine des cas déclarés d'ITSS n'est pas une variable inscrite dans le fichier MADO. Cette information a toutefois été recueillie à l'occasion d'exercices de vigie intensifiée :

- en 2000-2001⁷³, 7 % des cas (29) d'infection gonococcique pour lesquels l'information était connue étaient nés à l'extérieur du Canada, des États-Unis ou de l'Europe. Parmi ces 29 personnes, 14 étaient nées en Amérique centrale, en Amérique du Sud ou dans les Caraïbes, 6 en Afrique et 9 en Asie ou au Moyen-Orient ;
- en 2005-2006⁷⁴, 10 % des cas (16) de syphilis infectieuse pour lesquels l'information était connue étaient nés à l'extérieur du Canada, des États-Unis ou de l'Europe. Parmi ces 16 personnes, 9 étaient nées en Amérique centrale, en Amérique du Sud ou dans les Caraïbes, 4 en Afrique et 3 en Asie ou au Moyen-Orient.

Selon le Programme de surveillance de l'infection par le VIH au Québec⁷⁵ :

- être originaire d'un pays où les ITSS sont endémiques (Amérique centrale, Amérique du Sud ou Caraïbes, Asie de l'Est et du Sud-Est, Afrique) est la catégorie d'exposition la plus souvent rapportée chez les femmes entre 2002 et décembre 2011 ;
- parmi l'ensemble des cas enregistrés dans le cadre du programme, cette catégorie d'exposition est beaucoup plus élevée chez les femmes (46,3 %) que chez les hommes (7,7 %).

Moins de 2 % des participants à l'étude SurvUDI⁷⁶ sont d'origine autre que canadienne, américaine ou européenne. Les personnes originaires d'un pays où les ITSS sont endémiques sont donc peu représentées.

D'une étude⁷⁷ effectuée à Montréal entre mai 2007 et septembre 2008 auprès d'un peu moins de 800 Québécois d'origine haïtienne, âgés de 15 à 49 ans (63 % de femmes et 37 % d'hommes) et fréquentant des cliniques ou des organismes communautaires, nous pouvons tirer les observations suivantes :

- la prévalence du VIH se situe à moins de 1 % et aucun cas de VHC n'a été recensé (soulignons ici que la puissance statistique est faible) ;
- la prévalence de syphilis ancienne ou actuelle est de 1,8 % ;

a. Quand on observe des prévalences et des incidences élevées d'ITSS dans certains pays, ils sont alors dits *endémiques*.

- parmi les participants recrutés dans les cliniques, 33 % des femmes et 54 % des hommes avaient eu plus d'un partenaire sexuel au cours de la dernière année ;
- parmi les participants recrutés dans les organismes communautaires (jeunes), 62 % des femmes et 88 % des hommes avaient eu plus d'un partenaire sexuel au cours de la dernière année ;
- environ la moitié des participants ayant rapporté avoir eu au moins un partenaire occasionnel au cours de la dernière année avaient toujours utilisé un condom avec ce ou ces partenaires ;
- les proportions d'UDI sont très faibles, soit 0 % pour les participants recrutés dans les cliniques et 2 % pour ceux qui l'ont été dans les organismes communautaires.

3.8 Les autochtones

Le Nunavik et les Terres-Cries-de-la-Baie-James abritent essentiellement des populations inuite et crie, sur lesquelles il est possible d'obtenir quelques données à partir des cas déclarés d'ITSS dans ces régions. Toutefois, la majorité des personnes des Premières Nations sont réparties sur l'ensemble du territoire québécois et il existe peu de données permettant de décrire l'épidémiologie des ITSS au sein de ces populations.

Voici les principaux résultats dont nous disposons sur ces deux régions⁷⁸ :

- entre 2007 et 2011, on compte en moyenne 264 cas d'infection à *Chlamydia trachomatis* par année dans la région du Nunavik et 244 cas par année dans la région des Terres-Cries-de-la-Baie-James ;
- en 2011, le taux d'incidence des cas déclarés d'infection à *Chlamydia trachomatis* est respectivement neuf fois (Nunavik) et sept fois (Terres-Cries-de-la-Baie-James) plus élevé que celui de l'ensemble du Québec ;
- entre 2007 et 2011, le nombre de cas est passé de 58 en 2007 à 205 en 2011 au Nunavik, la hausse étant beaucoup plus importante chez les femmes que chez les hommes et ces dernières comptant d'ailleurs pour plus de la moitié des cas, soit 58 %, en 2011 ;
- en 2011, le taux d'incidence des cas déclarés d'infection gonococcique est respectivement 73 fois (Nunavik) et 11 fois (Terres-Cries-de-la-Baie-James) plus élevé que celui de l'ensemble du Québec ;
- entre 2007 et 2011, la syphilis infectieuse est très rare, avec un cas déclaré dans chaque région.

Il faut toutefois interpréter les taux avec prudence, compte tenu du faible dénominateur populationnel.

Les hépatites virales sont relativement peu fréquentes et les taux, difficilement interprétables⁷⁹. Mentionnons toutefois ce qui suit :

- entre 2007 et 2011, 5 cas d'hépatite B et 5 cas d'hépatite C ont été déclarés au Nunavik ;
- pendant la même période, 9 cas d'hépatite B et 17 cas d'hépatite C ont été déclarés dans la région des Terres-Cries-de-la-Baie-James.

Enfin, les données du programme de surveillance du VIH⁸⁰ montrent qu'entre 2002 et 2011, moins de 1 % des cas enregistrés sont identifiés comme étant d'origine autochtone (Premières Nations, métisse, inuite ou non précisée), soit 59 cas. La proportion est plus élevée chez les femmes (2%, soit 29 cas) que chez les hommes (0,5 %, soit 30 cas)

3.9 Les travailleuses et travailleurs du sexe

La prévalence des ITSS chez les travailleuses et travailleurs du sexe est très peu connue au Québec⁸¹. Les rares données étant issues d'études qui portent sur des groupes plus larges (par exemple, les études sur les UDI, les jeunes de la rue, les personnes incarcérées ou les HARSAH), le portrait demeure donc parcellaire. Dans ces études, la prévalence du VIH et du VHC est liée au contexte d'utilisation de drogues par injection.

Parmi l'ensemble des cas d'infection au VIH enregistrés dans le cadre du Programme de surveillance de l'infection par le VIH au Québec entre 2002 et décembre 2011⁸² et pour lesquels l'information était disponible, 4,1 % d'entre eux avaient eu des relations sexuelles en échange d'argent. La proportion est plus élevée chez les cas à la fois HARSAH et UDI (25,6 %), chez les UDI (18,5 %) et chez les femmes (10,9 %).

3.10 Les voyageurs

Chaque année, de plus en plus de Québécois voyagent. En 1997, ils avaient effectué plus de 450 000 séjours à l'extérieur du Canada, des États-Unis et de l'Europe⁸³. Le risque d'acquisition des ITSS est plus élevé pour ce groupe⁸⁴.

Selon une récente revue de littérature, les nouveaux partenaires et les relations sexuelles sont deux facteurs relativement communs chez les voyageurs⁸⁵. On estime qu'un voyageur sur cinq a des aventures sexuelles (*casual sex*) ; près de la moitié d'entre eux ont des relations sexuelles non protégées. Les voyageurs suivants sont ceux pour qui les risques sont les plus élevés : les hommes, les jeunes, ceux qui voyagent seuls ou avec des amis, les célibataires, les HARSAH, ceux qui font un séjour de longue durée, les fumeurs et, enfin, ceux qui consomment de l'alcool ou des drogues illicites.

Le *tourisme sexuel* désigne le fait de voyager en ayant l'intention d'avoir des relations sexuelles à l'étranger. S'il se pratique partout dans le monde, il touche particulièrement les pays en développement. Dans plusieurs de ces pays, le travail du sexe est une activité économique illicite omniprésente. Comme il s'agit souvent de pays endémiques, le contexte est propice à la transmission des ITSS. Les hommes qui paient pour des services sexuels sont aussi plus enclins à avoir des aventures sexuelles. Les voyageurs suivants sont plus enclins à payer pour des services sexuels : les expatriés qui travaillent à l'étranger pendant de longues périodes, les militaires et les hommes d'affaires⁸⁶.

4 LE CYCLE DE TRANSMISSION DES INFECTIONS

Les principes qui régissent la transmission des ITSS ne sont pas différents de ceux qui gouvernent la transmission de l'ensemble des maladies infectieuses, pour laquelle il faut un agent infectieux, un hôte et un lien spécifique entre les deux. Toutefois, la transmission des ITSS implique une dimension interpersonnelle, par exemple une

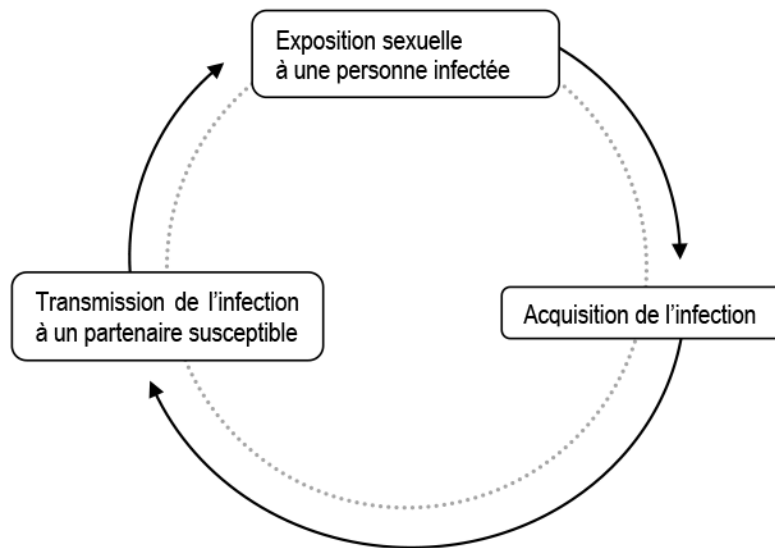
relation sexuelle ou le partage de seringues, ce qui n'est pas nécessairement le cas pour d'autres infections⁸⁷.

La progression d'une infection dans une population donnée est déterminée par trois éléments :

- le taux d'exposition des personnes susceptibles au pathogène en question ;
- la probabilité qu'une personne exposée susceptible acquière l'infection ;
- la durée moyenne durant laquelle une personne nouvellement infectée demeure infectieuse et peut transmettre son infection à d'autres personnes.

La figure 8 illustre le cycle de transmission appliqué aux ITS.

Figure 8 : Cycle de transmission d'une infection transmissible sexuellement



Source : T.R. ENG et W.T. BUTLER (sous la dir. de), « Prevention of STDs », dans *The Hidden Epidemic: Confronting Sexually Transmitted Diseases*, chapitre 4, Washington (D.C.), National Academy Press, 1997, p. 119.

La transmission des ITSS dans une population peut être représentée par le modèle mathématique suivant⁸⁸ : $R_0 = \beta_c D$, où :

R_0 = le nombre moyen de cas secondaires à un nouveau cas (taux de transmission),

c = le taux moyen de changement de partenaires sexuels dans une population,

β = la probabilité moyenne de transmission de l'infection par exposition,

D = la durée moyenne de la contagiosité des personnes nouvellement infectées.

Plus le nombre moyen de cas secondaires à un nouveau cas (R_0) est élevé, plus l'infection devient endémique. Par contre, si R_0 est inférieur à 1, la transmission de cette infection est contenue et celle-ci peut même être graduellement éliminée. Ce modèle

permet de prédire l'impact populationnel des ITSS et des différentes interventions préventives.

Le taux de transmission (R_0) est déterminé par les variables biologiques (β et D) et comportementale (c) :

- **Les variables biologiques (β et D)**

Les caractéristiques de l'agent (ex. contagiosité plus grande) ou de l'hôte (ex. muqueuses inflammées) influencent la probabilité moyenne de transmission de l'infection par exposition « β ». L'histoire naturelle de l'infection peut, quant à elle, influencer la durée moyenne de la contagiosité des personnes nouvellement infectées « D » (infection asymptomatique ou symptomatique, infection aiguë ou chronique, etc.).

- **La variable comportementale (c)**

Le taux de changement de partenaires dans une population et les caractéristiques des réseaux sexuels (*pattern of partner mixing*) influencent la transmission des ITSS. Les individus qui changent de partenaires très souvent, même s'ils sont peu nombreux par rapport à l'ensemble de la population, peuvent générer à eux seuls un nombre très élevé de cas secondaires qui font que l'infection se maintient au sein de cette population ($R_0 > 1$).

L'influence des réseaux sexuels et sociaux

Les réseaux sexuels et sociaux jouent un rôle central dans la transmission des ITSS⁸⁹. Tant l'analyse de cette transmission que les interventions de santé publique doivent tenir compte de la structure et de la dynamique desdits réseaux. La modélisation par ordinateur permet de conceptualiser le niveau de risque d'exposition d'une personne dans un réseau donné et l'évolution de l'épidémie.

L'analyse des réseaux met l'accent sur la dimension interpersonnelle. Le risque de transmission des ITSS ne dépend donc pas uniquement des comportements d'une personne, mais aussi de sa position dans un réseau sexuel ou social donné et des comportements de ses partenaires.

La structure et la dynamique des réseaux sexuels sont principalement influencées par :

- les caractéristiques d'une société donnée (par exemple les lois et politiques qui régissent l'union ou les relations sexuelles) ;
- les normes sociales des communautés et les groupes auxquels les personnes s'identifient (par exemple, la banalisation des comportements à risque tels que les relations anales non protégées) ;
- les lieux fréquentés (par exemple, l'école, les saunas et les clubs échangistes).

Ces éléments sont déterminants dans la sélection des partenaires et le type de relations, deux concepts à la base de la formation des réseaux sexuels⁹⁰.

La sélection des partenaires sexuels emprunte deux voies : la ressemblance (*assortative mixing*) ou la dissemblance (*disassortative mixing*) quant à l'âge, à la région de

résidence, à l'appartenance ethnoculturelle, aux préférences sexuelles, etc. Plus les personnes choisissent des partenaires qui leur ressemblent, plus le réseau sexuel est tissé serré et plus l'épidémie sera concentrée dans des groupes précis et restreinte à ces groupes^a. Inversement, plus les personnes sélectionnent des partenaires qui sont différents d'elles, plus les réseaux sexuels s'étendent en se connectant à d'autres réseaux (relais de l'épidémie). L'ITSS se transmet alors entre deux groupes distincts qui n'ont pas de lien apparent^b.

Le type de relations que les personnes entretiennent influe sur la transmission d'une ITSS dans un réseau sexuel. Plus le nombre de partenaires sexuels est élevé durant une courte période, même si les relations ne se chevauchent pas, plus le potentiel de transmission des ITSS augmente⁹¹. Les types de relations décrits dans la littérature scientifique sont les suivants :

- la monogamie exclusive, qui désigne une relation exclusive entre deux partenaires dans un temps donné, habituellement sur une longue période ;
- la monogamie sérielle, qui fait référence à plusieurs relations exclusives se succédant dans le temps sans qu'il y ait de chevauchement ;
- les relations concomitantes, qui qualifient les relations non exclusives avec plusieurs partenaires, simultanément (relation sexuelle à plusieurs) ou non (passage d'une relation à une autre ou relation extraconjugale).

Les relations concomitantes favorisent la transmission des ITSS. Sans que le nombre de partenaires soit très élevé, quelques relations concomitantes suffisent pour propager une épidémie. Ce type de relations est l'élément-clé d'un réseau sexuel de transmission des ITSS.

Par ailleurs, le noyau de transmetteurs (*core group*) peut agir comme un réservoir, permettant à une infection de persister dans une population donnée où le niveau d'activité serait autrement trop faible pour qu'il y ait une épidémie. Tous les cas sont reliés directement ou indirectement à ce noyau de transmetteurs, mais ce dernier n'est pas la cause d'une épidémie généralisée. La définition opérationnelle du noyau de transmetteurs peut varier selon les études. Généralement, on le définit comme un ensemble d'individus reliés par des réseaux sociaux ou sexuels et qui ont des comportements à risque. Les noyaux de transmetteurs présentent un haut taux d'infection et permettent à l'infection de persister dans une population⁹². L'intervention auprès de ces groupes reste compliquée, principalement parce que leur composition change rapidement⁹³.

Les données sur les réseaux sexuels :

- expliquent tant la distribution que la dynamique d'une épidémie et peuvent guider les actions à poser pour réduire celle-ci ;

a. Par exemple, l'émergence de la LGV au Québec, qui est concentrée chez les HARSAH.

b. Par exemple, une ITS se propage d'une région à une autre lorsqu'une personne venant d'une région a des comportements à risque avec des partenaires qui résident dans une autre région. Cette personne sert donc de relais dans l'épidémie d'une ITSS entre un réseau sexuel d'une région géographique donnée et un réseau d'une autre région géographique. Cet exemple illustre également l'influence des médias sociaux et des sites de rencontre sur le Web, lesquels permettent aux réseaux sexuels de s'étendre au-delà de leurs limites géographiques.

- illustrent le risque de réinfection puisque l'infection est toujours présente au sein du réseau⁹⁴ ;
- soulignent l'importance de l'intervention préventive auprès des personnes atteintes et auprès de leurs partenaires pour briser la chaîne de transmission⁹⁵ ;
- montrent la pertinence d'intervenir dans des lieux ou auprès de groupes sociaux en particulier⁹⁶, surtout quand les partenaires sont difficiles à joindre.

Des stratégies ciblant les noyaux de transmetteurs

Deux types de stratégies permettent d'agir auprès des noyaux de transmetteurs. D'abord, l'intervention par les pairs (leaders d'opinion, pairs éducateurs, modèle de référence – *role models*), qui vise à changer la norme sociale et les comportements au sein du groupe. L'autre stratégie implique des interventions structurelles pour lever des barrières à la prévention ou créer des barrières aux comportements à risque. Il s'agira, par exemple, de modifier les lois ou les règles, d'éviter de confisquer du matériel d'injection ou d'inhalation, ou encore de réduire la présence policière à proximité des centres d'accès au matériel d'injection.

Il est démontré que l'intervention auprès des noyaux de transmetteurs s'avère plus efficace si l'épidémie est concentrée dans certains sous-groupes. Aussi, par un programme de prévention soutenu, on pourrait arriver à éliminer une infection dans un groupe de la population en ciblant et en intensifiant les interventions auprès des individus ou des réseaux sociaux qui présentent les plus hauts taux de transmission^{97,98,99}. Lorsqu'une épidémie est solidement ancrée dans l'ensemble de la population, cibler les noyaux de transmetteurs reste pertinent mais ne suffit pas pour contenir sa propagation¹⁰⁰.

DEUXIÈME PARTIE – PRÉVENIR : DES INTERVENTIONS PRÉVENTIVES EFFICACES

L'intervention faite à la suite d'une déclaration d'infection transmissible sexuellement à déclaration obligatoire (ITS-MADO) s'inscrit dans l'ensemble des stratégies québécoises de lutte contre les infections transmissibles sexuellement et par le sang. L'annexe 1 énonce les orientations québécoises en matière de lutte contre les ITSS, alors que l'annexe 2 présente un historique de la lutte contre ces infections au Québec.

La nature, le modèle d'implantation et l'intensité du déploiement des interventions préventives sont planifiés en fonction des données épidémiologiques et de la littérature scientifique. Les ressources disponibles influencent elles aussi le déploiement des interventions préventives¹⁰¹. Celles-ci s'adressent aux individus ou encore à des groupes particuliers. Elles peuvent être soutenues par d'autres actions qui visent cette fois l'ensemble de la population, notamment des campagnes de communication. La figure 9 présente des exemples d'interventions relatives à la prévention des ITSS selon leur principal apport à l'atteinte des buts de ces interventions. Évidemment, plusieurs interventions contribuent à l'atteinte de plus d'un but.

En matière de lutte contre les ITSS, les interventions préventives couvrent trois niveaux de prévention:

- la prévention primaire, qui englobe des mesures permettant d'empêcher l'apparition des ITSS par l'action en amont (par exemple, activité visant la diminution des inégalités sociales, counseling préventif sur l'adoption de comportements sexuels présentant peu de risques et vaccination) ;
- la prévention secondaire, qui passe par des mesures visant à détecter les ITSS le plus tôt possible (par exemple, dépistage et diagnostic précoce des personnes à risque et des partenaires de personnes atteintes) ;
- la prévention tertiaire, qui regroupe des mesures visant à traiter l'infection pour l'enrayer et éviter les complications¹⁰² (par exemple, traitement de la personne atteinte).

La présente partie du guide porte sur des interventions préventives efficaces, dont les pratiques cliniques préventives et l'intervention préventive faite, à la suite d'un diagnostic d'ITS, auprès de la personne atteinte d'une ITS et auprès de ses partenaires. De plus, elle donne des pistes pour l'intervention auprès des groupes les plus touchés.

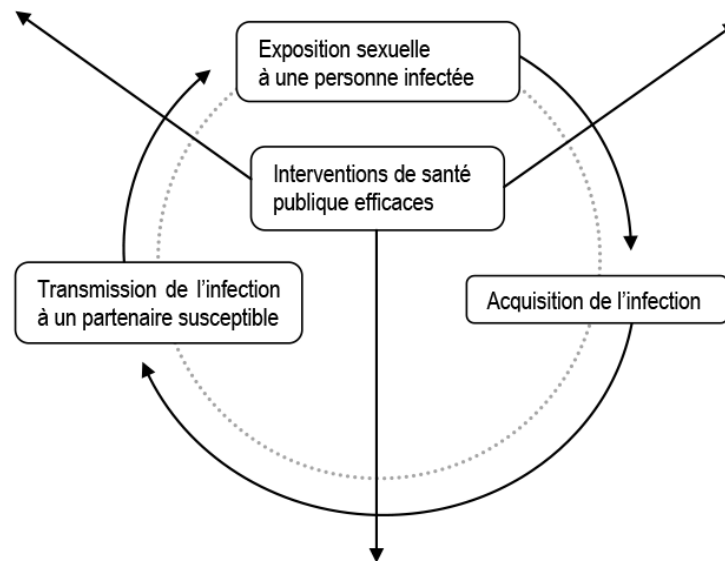
Figure 9 : Exemples d'interventions liées à la prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang selon leur principal apport à l'atteinte des buts de ces interventions

Exemples d'interventions visant à réduire le taux d'exposition

- Vaccination contre l'hépatite A, l'hépatite B et le VPH.
- Activités visant une sexualité qui limite l'exposition aux ITSS :
 - réduire le nombre de ses partenaires;
 - éviter les partenaires sexuels à risque;
 - éviter les réseaux sexuels à risque.
- Programmes et services visant la réduction des méfaits liés à la consommation de drogues :
 - accès aux traitements de substitution aux opioïdes et autres traitements de la dépendance;
 - prévention du passage à l'injection.

Exemples d'interventions visant à réduire l'efficacité de la transmission

- Accès au condom ainsi qu'au matériel d'injection et d'inhalation stérile.
- Accès à la prophylaxie postexposition (PPE) au sang et aux liquides biologiques.
- Counseling préventif visant l'adoption de comportements sexuels et de consommation sécuritaires.



Exemples d'interventions visant à réduire la durée de la contagiosité

- Gratuité des médicaments pour le traitement de certaines ITS.
- Accès aux services de dépistage et de traitement des ITSS ainsi qu'à l'intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une ITS et auprès de leurs partenaires (IPPAP) :
 - cliniques jeunesse;
 - services intégrés de dépistage et de prévention des ITSS (SIDEPA) dans les milieux de vie ou à proximité des groupes vulnérables;
 - services courants dans les CSSS, les groupes de médecine de famille et les cabinets privés.

Source : Adaptée de T.R. ENG et W.T. BUTLER (sous la dir. de), « Prevention of STDs », dans *The Hidden Epidemic: Confronting Sexually Transmitted Diseases*, chapitre 4, Washington (D.C.), National Academy Press, 1997, p. 119.

5 LES PRATIQUES CLINIQUES PRÉVENTIVES

D'une manière générale, les pratiques cliniques préventives regroupent un ensemble d'interventions dont l'efficacité a été démontrée et qui sont de diverse nature : counseling sur les habitudes de vie, dépistage ou détection au regard des cas de certaines maladies ou des facteurs de risque, immunisation et chimioprophylaxie (prescription d'une médication à visée préventive)¹⁰³.

Plus particulièrement, les pratiques cliniques préventives auxquelles on a recours dans la lutte contre les ITSS sont¹⁰⁴ :

- la vaccination,
- le dépistage,
- la chimioprophylaxie,
- le counseling.

Ces pratiques reposent sur une interaction individuelle entre un professionnel de la santé et un patient¹⁰⁵.

5.1 La vaccination

La vaccination est reconnue comme une mesure de santé publique très efficace. Elle est devenue une activité de prévention incontournable.

Au Québec, l'incidence de l'hépatite B a considérablement diminué depuis la mise en place des programmes de vaccination en 1994. Le nombre de cas annuels d'hépatite B aiguë est passé de 348 en 1994 à 24 en 2011 et l'infection a pratiquement disparu dans les cohortes vaccinées¹⁰⁶.

Parmi les ITSS, seules les infections par le virus de l'hépatite B (VHB) et par certains types de virus du papillome humain (VPH) peuvent actuellement être prévenues par la vaccination. Les vaccins contre le VHB et certains types de VPH sont intégrés aux calendriers d'immunisation du Programme québécois d'immunisation. Le vaccin contre le VHB est également offert gratuitement aux personnes récemment atteintes par une ITSS et à leurs partenaires sexuels.

L'hépatite A, généralement considérée comme une maladie entérique mais aussi transmissible sexuellement (par relation orale anale), peut également être prévenue par la vaccination. La vaccination contre le virus de l'hépatite A et le virus de l'hépatite B est gratuite pour les personnes qui présentent un risque accru de contracter ces infections (les hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes, les personnes utilisatrices de drogues par injection ou par inhalation, les personnes incarcérées, etc.).

L'outil « Vaccination et ITSS » présente un résumé des indications vaccinales en rapport avec la sexualité ou la consommation de drogues (voir l'annexe 4). Par ailleurs, on trouvera toute l'information sur la vaccination dans le Protocole d'immunisation du Québec¹⁰⁷.

5.2 Le dépistage

Le dépistage consiste à détecter un problème, par exemple une infection, chez une personne asymptomatique. C'est une mesure dont l'efficacité est reconnue par les organisations nationales ou internationales qui se préoccupent de soins préventifs.

Au Québec, les normes relatives aux bonnes pratiques sont définies dans le Guide québécois de dépistage des ITSS¹⁰⁸. L'annexe 4 du présent document recense deux outils utiles en matière de dépistage de ces infections :

- Tableau présentant les ITSS à rechercher selon les facteurs de risque décelés ;
- Prélèvements et analyses recommandés en fonction de l'infection recherchée chez les personnes asymptomatiques (dépistage).

5.3 La chimioprophylaxie et le traitement

L'administration d'une chimioprophylaxie ou d'un traitement curatif constitue un excellent moyen de freiner la propagation et de prévenir les complications des ITSS. C'est pourquoi tout programme de contrôle de ces infections devrait inclure des interventions visant à favoriser l'efficacité, l'acceptabilité et l'accessibilité des traitements¹⁰⁹.

Le traitement à dose unique de l'infection génitale à *Chlamydia trachomatis* et de l'infection gonococcique simplifie l'administration du traitement, permet une meilleure observance thérapeutique et facilite le traitement des partenaires sexuels.

Des traitements contre l'infection par le VIH ou l'herpès génital favorisent la diminution des symptômes. Si ces traitements ne permettent pas d'éradiquer les virus, ils réduisent néanmoins la réplication virale. Dans certaines conditions, ils peuvent également diminuer les risques de transmission. Pour l'infection par le VIH, le risque de transmission est moindre si les conditions suivantes sont réunies : observance du traitement, charge virale indétectable, suivi médical régulier et counseling sur la réduction des risques incluant l'utilisation adéquate du condom, absence d'autre ITS et couple stable et exclusif^{110,111,112}.

5.3.1 La chimioprophylaxie

La chimioprophylaxie (prescription d'une médication à visée préventive) est offerte aux personnes exposées à une maladie ou qui risquent de l'être.

Pour les partenaires des personnes atteintes d'une ITS bactérienne (ex. : infection à *Chlamydia trachomatis*, infection gonococcique ou syphilis), ce type d'intervention est considéré comme un traitement épidémiologique. Celui-ci peut être administré même si les partenaires ne manifestent aucun signe ou symptôme clinique et que les analyses de laboratoire ne montrent aucun signe d'infection.

Pour les personnes exposées à du sang ou à d'autres liquides biologiques, on peut avoir recours à la prophylaxie post-exposition^{113,114}, selon les lignes directrices en vigueur.

Par ailleurs, une prophylaxie préexposition pourrait être offerte aux personnes pour qui le risque de contracter le VIH est élevé¹¹⁵. Cependant, les données actuelles ne

permettent pas de conclure que cette stratégie puisse être appliquée de façon systématique au Québec^a.

5.3.2 Le traitement curatif

Le traitement curatif est offert à la personne qui a reçu un diagnostic d'ITS, généralement sur la base du résultat positif obtenu à un test de dépistage ou dans le cadre de l'investigation d'un syndrome clinique compatible^b. Le traitement curatif peut aussi être offert sur la base d'un syndrome clinique, avant même la confirmation microbiologique^{c,116}.

Programme de gratuité des médicaments pour le traitement des ITS bactériennes

Les personnes atteintes d'une ITS bactériennes (traitement curatif) et leurs partenaires sexuels (traitement épidémiologique) peuvent recevoir gratuitement le traitement qui leur est recommandé, en vertu du Programme de gratuité des médicaments pour le traitement des maladies transmissibles sexuellement¹¹⁷ (voir l'annexe 5 pour en savoir plus sur les situations visées et les conditions à respecter).

5.4 Le counseling

Le counseling est un processus de communication centré sur la personne qui cible un problème particulier ou des objectifs de santé. Il peut comprendre un ensemble d'activités¹¹⁸. Dans le contexte de la lutte contre les ITSS, le counseling vise :

- à favoriser l'adoption et le maintien de comportements sécuritaires ;
- à soutenir la prise de décision quant à l'immunisation et au dépistage ;
- à créer des conditions favorables au succès du traitement de l'infection ;
- à favoriser la participation de la personne atteinte à la démarche visant l'intervention préventive auprès de ses partenaires.

Le Guide québécois de dépistage des ITSS circonscrit le counseling à offrir en première ligne. L'intervention de santé publique qui suit une déclaration d'ITS vient consolider cette pratique clinique préventive.

Le counseling revêt une importance particulière dès l'annonce du diagnostic, et ce, pour plusieurs raisons. C'est au moment du diagnostic que la personne atteinte est le plus réceptive à l'intervention préventive. Le counseling contribuerait à augmenter le niveau d'auto-détermination, de connaissance et d'habileté de communication du patient qui doit informer ses partenaires. Il offre au patient l'occasion de discuter de ses craintes, de ses appréhensions et de ses perceptions. Enfin, il permettrait de joindre un plus grand nombre de partenaires¹¹⁹ que lorsque le cas-index n'est pas soutenu.

a. *L'avis intérimaire de la Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux sur la prophylaxie préexposition au virus de l'immunodéficience humaine (VIH)*, accessible sur le site Web du MSSS, [<http://www.msss.gouv.qc.ca/>], section « Documentation », onglet « Publications », présente les enjeux cliniques et de santé publique ainsi que les conditions requises pour la prescription.

b. En première ligne, outre les activités de dépistage, l'évaluation clinique d'une personne qui présente des symptômes et l'investigation permettent de poser un diagnostic d'ITSS.

c. Voir, à l'annexe 4, l'outil « Guides sur le traitement pharmacologique des ITSS ».

Le counseling devrait s'appuyer sur des modèles théoriques dont l'efficacité a été démontrée¹²⁰. Par exemple, l'entretien motivationnel est une approche d'intervention directionnelle qui se distingue de l'approche clinique traditionnelle (éduquer, conseiller). Il est centré sur la personne et a pour objectif de susciter une motivation intrinsèque au changement en explorant et en dépassant l'ambivalence devant ledit changement¹²¹. Cette approche se fonde sur des études dont les auteurs avancent que, plus une personne exprime par elle-même un discours de changement, plus elle a de chances de changer. Son acceptabilité est élevée chez les bénéficiaires, et le personnel de la santé y trouve plus d'avantages que de désavantages¹²². Cette approche, définie à l'origine pour traiter la dépendance aux substances psychoactives, s'applique également aux comportements à risque au regard des ITSS¹²³. Concrètement, dans la lutte contre les ITSS, l'entretien motivationnel peut être utile au clinicien et au professionnel de santé publique pour accompagner la personne vers l'adoption de comportements sexuels sécuritaires¹²⁴.

6 L'INTERVENTION PRÉVENTIVE AUPRÈS DE LA PERSONNE ATTEINTE D'UNE INFECTION TRANSMISSIBLE SEXUELLEMENT ET AUPRÈS DE SES PARTENAIRES

Les sections suivantes résument les études et documents consultés. Elles traitent de :

- l'efficacité, la pertinence et la faisabilité ;
- les approches préconisées ;
- les délais d'intervention ;
- les stratégies pour joindre, notifier et traiter.

6.1 L'efficacité, la pertinence et la faisabilité

Le taux d'infection est élevé chez les partenaires de personnes atteintes d'une infection transmissible sexuellement (ITS) bactérienne. Or, un grand nombre de ces partenaires demeurent asymptomatiques ou omettent de consulter un professionnel de la santé même s'ils ont des symptômes. Souvent, le seul moyen de permettre aux partenaires d'avoir accès à des services de prévention (principalement, le traitement, le dépistage et le counseling) est de les informer de leur exposition.

Le soutien à la personne atteinte pour l'intervention préventive auprès de ses partenaires (voir le deuxième volet de l'IPPAP, à la section 8.4), la notification aux partenaires et l'intervention préventive proprement dite auprès de ces derniers (voir le troisième volet de l'IPPAP, à la section 8.4) sont des actions reconnues depuis de nombreuses années par des organismes de santé publique réputés, tels que l'Organisation mondiale de la santé, les Centers for Disease Control and Prevention aux États-Unis et l'Agence de la santé publique du Canada. Ces actions se situent au cœur des activités de contrôle des ITS dans de nombreux pays (Angleterre, Suède et États-Unis, notamment).

Le soutien à la personne atteinte pour l'intervention préventive auprès de ses partenaires, la notification aux partenaires et l'intervention préventive auprès de ceux-ci comportent plusieurs avantages^{125,126,127,128}, dont :

- la diminution de la réinfection chez le cas-index^{129,130,131} ;
- l'interruption de la chaîne de transmission ;

- la prévention des complications liées à une infection non traitée ou traitée tardivement.

Diverses études^{132,133,134} ont montré la pertinence de la participation d'un professionnel qualifié pour soutenir la personne atteinte afin qu'elle informe ses partenaires ou pour mener à bien la notification aux partenaires et l'intervention préventive auprès de ces derniers (deuxième et troisième volets de l'IPPAP) :

- en l'absence d'un service de soutien, des médecins estiment que seulement 17 % de leurs patients ont informé leurs partenaires de leur exposition à une ITS¹³⁵. Diverses études montrent qu'une proportion importante de partenaires, variant entre 30 et 40 % (et pouvant atteindre 80 % chez les partenaires occasionnels), ne sont pas informés de leur exposition à une ITS par la personne atteinte elle-même^{136,137,138} ;
- pour diverses raisons, les médecins traitants n'encadrent pas toujours suffisamment leurs patients dans leur démarche visant à informer leurs partenaires et savent rarement si ces derniers sont traités¹³⁹. De plus, l'attention de ces patients se concentre généralement sur les partenaires actuels ;
- un professionnel formé réussit à joindre un plus grand nombre de partenaires (plus de 60 %)¹⁴⁰ qu'un cas-index (entre 40 % et 60 %, selon le soutien offert au cas-index)^{141,142}. Le soutien d'un professionnel augmente non seulement le nombre de partenaires notifiés, mais aussi le nombre de ceux qui sont évalués par un clinicien^{143,144} ;
- certains auteurs concluent que, comparativement à une stratégie reposant uniquement sur le dépistage ciblé de la syphilis, celle qui comprendrait des activités visant la notification aux partenaires serait plus efficace sous l'angle du rapport coût-avantage^{145,a} ;
- bien que les études précédemment citées démontent l'efficacité et la pertinence d'interventions faites par des professionnels de santé publique, certains auteurs en questionnent l'efficacité¹⁴⁶ pour l'infection à *Chlamydia trachomatis*, l'infection gonococcique ou l'infection par le VIH.

D'autres études encore ont montré que certaines caractéristiques des cas-index et des partenaires (sexe et âge du cas-index, type de partenaire, HARSAH) peuvent influencer la notification :

- comparativement aux hommes, les femmes notifient davantage leurs partenaires^{147,148,149} ;
- les adolescents notifient moins leurs partenaires que les adultes¹⁵⁰ ;
- la notification par le cas-index aurait plus de succès avec les partenaires dans le cadre d'une relation stable ou en cours qu'avec d'autres types de partenaires (occasionnels ou anonymes)^{151,152} ;
- bien que la plupart des caractéristiques précédentes s'appliquent aux HARSAH, différents éléments peuvent entraver la notification s'adressant à ces hommes¹⁵³. Par exemple, le nombre moyen de leurs partenaires est plus élevé, le nombre de leurs partenaires anonymes est lui aussi plus important et certains HARSAH sont

a. Il y a toutefois peu d'études ayant porté expressément sur la dimension coût-efficacité pour la syphilis.

réticents à accepter le soutien d'un professionnel. Toutefois, certains auteurs soulignent qu'un soutien intensif assuré par un professionnel de santé publique pourrait permettre d'améliorer l'efficacité de la démarche faite par un cas-index HARSAH¹⁵⁴.

Des évaluations portant sur diverses expériences québécoises montrent que l'implantation de l'IPPAP a de bonnes chances de succès au Québec puisque :

- malgré diverses contraintes, la création et le maintien d'un service de soutien à l'intervention préventive sont concevables, et ce, dans le respect de la confidentialité et de la relation établie entre le médecin et son patient^{155,156,157} ;
- la majorité des médecins adhèrent aux objectifs poursuivis par un service de soutien pour la notification aux partenaires¹⁵⁸ et que, malgré certaines réticences, la plupart des médecins collaborent de façon active à l'IPPAP¹⁵⁹ ;
- la majorité des cas-index acceptent de participer à une entrevue et de conclure, avec le professionnel de santé publique, une entente concernant l'intervention préventive auprès de leurs partenaires^{160,161} ;
- les partenaires apprécient que l'on se préoccupe de leur santé¹⁶², et ce, même s'ils sont parfois réticents *a priori*¹⁶³.

6.2 Les approches préconisées

Différentes approches pour l'intervention préventive auprès des partenaires sont décrites dans la littérature^{164,165,166,167,168,169} :

- la notification faite par la personne atteinte, connue sous le nom de *patient referral*, *client referral* ou *self-referral*. La personne atteinte, avec ou sans soutien d'un clinicien ou d'un intervenant de première ligne, avise elle-même tous ses partenaires ;
- la notification faite par un professionnel de la santé qualifié, connue sous le nom de *provider referral*. Celui-ci avise tous les partenaires sexuels de la personne infectée et les oriente vers les services dont ils ont besoin pour être évalués et traités, le cas échéant. Dans certains modèles, cette expression est réservée à l'intervention effectuée par un professionnel de santé publique spécialisé dans ce type d'intervention¹⁷⁰, l'intervention faite par d'autres types de professionnel étant appelée *third party referral* ;
- d'autres approches reposent sur la participation de la personne atteinte et d'un professionnel de la santé qualifié. Le *dual referral* fait référence à une intervention au cours de laquelle le professionnel de la santé et la personne atteinte informent conjointement le partenaire de son exposition. Le *conditional referral* et le *contract referral* impliquent une entente (ou contrat) qui précise le partage des tâches : la personne atteinte avise certains partenaires et un professionnel de la santé qualifié avise les autres. La nature de l'entente varie selon les auteurs et les modèles. Les Centers for Disease Control and Prevention¹⁷¹ proposent la définition suivante : la personne atteinte s'engage à aviser certains de ses partenaires dans un délai déterminé et le professionnel de santé publique informe les autres partenaires ; si, à l'expiration du délai convenu, la personne atteinte n'a pas pu aviser tous ses partenaires, le professionnel de santé publique le fait lui-même. Le *conditional referral* et le *contract referral* correspondent à l'approche négociée (voir, à la page suivante).

En prenant en compte les limites des ressources disponibles et le nombre de cas, tant les chercheurs que les experts concluent qu'il serait non réaliste et peu efficient de recourir à une approche intensive pour tous les cas. Dans leurs études ou leurs avis, ils suggèrent :

- d'identifier les cas prioritaires et d'appliquer le *provider referral*, le *conditional referral* ou le *contract referral* soutenu, généralement, par un professionnel de santé publique (voir ci-après l'approche négociée)^{172,173} ;
- pour les cas autres que prioritaires, de bien implanter et d'appliquer le *patient referral*, le *client referral* ou le *self-referral* soutenu par un clinicien ou un intervenant de première ligne (voir ci-après l'approche passive)¹⁷⁴ ;
- d'intégrer à ces deux approches l'utilisation de nouvelles stratégies telles que la notification par courriel et le traitement accéléré des partenaires^{175,176} (voir la sous-section 6.4.2, « Stratégies à utiliser dans certaines situations particulières »).

Rappelons ici que, pour être efficaces, ces approches doivent être utilisées par des professionnels qualifiés^{177,178,179}.

Sur la base de la littérature scientifique, deux approches sont préconisées au Québec, selon qu'il s'agit ou non d'un cas prioritaire :

- **L'approche négociée**, pour les cas prioritaires

Après entente entre la personne atteinte et un professionnel de la santé, chacun des partenaires est joint le plus rapidement possible, soit par la personne atteinte elle-même, soit par le professionnel (habituellement un professionnel de santé publique). Les partenaires sont informés de la nécessité qu'ils soient traités et évalués. L'approche négociée exige de l'intensité et implique un suivi par lequel ce professionnel vérifie si tous les partenaires devant être joints par la personne atteinte l'ont effectivement été, et ce, dans les délais convenus. Le cas échéant, une nouvelle entente est établie.

- **L'approche passive**, pour les cas autres que prioritaires

Dans le cadre du counseling post-test, un clinicien ou un intervenant de première ligne soutient la personne atteinte pour qu'elle informe elle-même chacun de ses partenaires de la possibilité qu'il soit infecté et de la nécessité qu'il soit traité et évalué. Dans l'approche passive, le clinicien ou l'intervenant n'a pas de lien avec les partenaires, mais il soutient la personne atteinte. Au besoin, il pourra assurer un suivi auprès de cette personne afin de s'enquérir des résultats de sa démarche.

Le suivi n'étant pas systématique dans ce type d'approche, il est difficile d'évaluer l'efficacité de la démarche de la personne atteinte. Les partenaires ont-ils été effectivement joints, traités et évalués ? Cette approche repose en grande partie sur la motivation et les capacités du cas-index. La démarche peut se révéler très éprouvante pour ce dernier (choc émotif, sentiment d'inaptitude, impossibilité de préserver son anonymat, etc.). C'est pourquoi le soutien d'un clinicien ou d'un intervenant qualifié se révèle essentiel.

6.3 Les délais et le suivi

La majorité des cas additionnels, c'est-à-dire les personnes infectées par un partenaire infecté et non traité, surviennent rapidement. Tout retard dans l'intervention entraîne une diminution de l'efficacité du contrôle des infections. C'est pourquoi les lignes directrices des Centers for Disease Control and Prevention¹⁸⁰ et celles du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario¹⁸¹ indiquent d'intervenir le plus rapidement possible, tant auprès du cas-index (48 heures après le diagnostic) qu'auprès des partenaires (le jour même pour la syphilis et de 2 à 3 jours ouvrables pour les autres ITS). Si les ressources sont restreintes, il est essentiel de déterminer des critères de priorité.

Les lignes directrices de ces organisations proposent également d'avoir une ou plusieurs entrevues de suivi avec le cas-index et ses partenaires. Celles-ci permettent :

- d'améliorer la localisation des contacts (par des renseignements sur des partenaires non identifiés au cours de la première entrevue ou des renseignements additionnels sur les partenaires identifiés, en sus de ceux transmis pendant la première entrevue) ;
- de s'informer sur la démarche du cas-index auprès des partenaires qu'il devait aviser ;
- d'offrir un counseling intensif au cas-index à haut risque.

6.4 Les stratégies pour joindre, notifier et traiter

Le téléphone et l'adresse postale demeurent de bons moyens de joindre les cas-index et leurs partenaires. Quand ces coordonnées ne sont pas connues ou ne permettent pas de joindre le cas-index ou le partenaire, les nouvelles technologies (ex. : courriel, messages textes ou médias sociaux) peuvent être utiles.

Une fois les partenaires identifiés, on peut recourir à diverses stratégies pour la notification : en personne ou par téléphone, par le cas-index ou par le professionnel de la santé, avec ou sans carte de notification pour soutenir l'intervention.

6.4.1 Les stratégies à privilégier pour la notification aux partenaires

Aucune stratégie n'est efficace à elle seule dans toutes les situations.

Pour tous les partenaires connus, la notification, en personne ou par téléphone, faite par le cas-index ou le professionnel de la santé sont des stratégies dont l'efficacité a été démontrée et qui sont appréciées tant des personnes atteintes que de leurs partenaires. Combinées à l'utilisation de la carte de notification, elles donnent les meilleurs résultats^{182,183,184}.

La carte de notification est destinée aux partenaires. Elle comprend, entre autres, de l'information sur les ITSS et le traitement recommandé. Plusieurs études démontrent l'efficacité de la carte de notification^{185,186,187,188,189}. Outre qu'elle permet d'augmenter le nombre de partenaires joints (et traités) et d'éviter la réinfection de la personne atteinte, l'utilisation de cartes de notification donne plus de légitimité à cette dernière au moment d'informer ses partenaires¹⁹⁰. Certaines caractéristiques (ex. : carte spécifique à une infection, coordonnées des ressources à consulter) amélioreraient l'efficacité de la carte¹⁹¹. Une telle carte peut être utilisée tant dans le contexte de l'approche négociée

que dans celui de l'approche passive. Elle est également utile dans le contexte du traitement accéléré des partenaires (TAP), dont il sera question plus loin.

Au Québec, la brochure *Entre caresses et baisers, une ITS s'est faufilée... Il faut en parler*¹⁹², publiée par le MSSS, comprend une carte de notification.

6.4.2 Les stratégies à utiliser dans certaines situations particulières

Le courriel, le message texte et les médias sociaux présentent certains avantages pour la notification aux partenaires, mais on trouve encore peu de données concernant leur efficacité. Généralement, on recourt à ces stratégies lorsque ni la notification en personne ou par téléphone ni l'utilisation de la carte de notification ne sont possibles. D'autres stratégies visent plutôt à favoriser le dépistage chez le partenaire (autodépistage) ou le traitement précoce (TAP).

La décision d'utiliser l'une de ces stratégies devrait reposer sur une analyse des personnes visées, de l'infection en cause et des enjeux (par exemple, les aspects éthiques).

La **notification par courriel** peut être un complément à l'intervention quand les stratégies traditionnelles, soit la notification en personne ou par téléphone et la carte de notification, ne sont pas applicables^{193,194,195,196,197,198}. Ce moyen ne serait pas approprié pour les partenaires actuels ou n'ayant pas été rencontrés sur Internet¹⁹⁹. L'envoi d'un courriel par le cas-index directement ou par l'intermédiaire d'un site Web dédié à la notification (par exemple, inSpot, [<http://www.inspot.org/>]^a) serait, selon certaines études, davantage accepté par les HARSAH²⁰⁰, particulièrement ceux qui sont séronégatifs²⁰¹ et qui rencontrent leurs partenaires sur Internet^{202,203,204,205} ou qui n'ont qu'une adresse courriel pour joindre leurs partenaires²⁰⁶.

La notification par courriel permet de communiquer rapidement avec certains partenaires²⁰⁷. Le fait de passer par un site Web dédié à la notification ajoute de la crédibilité au message, tout comme l'envoi d'un courriel par un professionnel de la santé. L'ajout d'informations sur l'infection, des coordonnées d'un professionnel de santé publique ou d'une ressource médicale augmente également la crédibilité du message.

La création d'un compte sur un site de rencontre peut être utile dans certaines situations (par exemple, un cas-index qui a rencontré plusieurs partenaires de cette manière et n'a aucun autre moyen de les joindre). Il est essentiel de vérifier les conditions d'utilisation du site ; il peut parfois être nécessaire d'obtenir la permission du webmestre²⁰⁸.

La notification par courriel est possible au Québec ; il s'agit de l'envoi d'un courriel par le cas-index ou par un professionnel de santé publique, selon des modalités régionales.

Le **message texte** devrait être utilisé en dernier recours pour la notification. Aucune étude ne démontre l'efficacité de ce moyen²⁰⁹. Certaines personnes ne prendraient pas le message de notification au sérieux. De plus, son acceptabilité est généralement limitée^{210,211}. Plusieurs considèrent que c'est là un moyen impersonnel, froid et grossier d'informer un partenaire sexuel ; d'autres jugent que le procédé est acceptable s'il s'agit

a. Le service inSPOT n'est pas offert au Québec.

d'une relation brève et superficielle. Par ailleurs, l'utilisation des messages textes soulève des enjeux éthiques et légaux, tels que la confidentialité^{212,213,214,215}. Enfin, certaines personnes devront payer des frais pour recevoir le message texte et d'autres bloquent la fonction de réception des messages textes sur leur téléphone mobile ; il se peut donc que la ou le destinataire ne reçoive pas le message.

Une étude récente montre que, lorsque les autres moyens ne donnent pas les effets escomptés, l'utilisation du message texte peut permettre de joindre rapidement le cas-index ou ses partenaires²¹⁶. Généralement, les personnes répondent à un message texte en dix à quinze minutes, alors qu'elles mettent trois ou quatre jours à répondre à une lettre²¹⁷.

L'envoi de messages textes est possible au Québec. Certaines directions de santé publique se sont dotées d'un téléphone cellulaire ou envoient des messages textes par l'intermédiaire de sites tels que text.drop.com.

Quelques projets d'intervention et études sur l'utilisation des **médias sociaux** (par exemple, Facebook, Myspace, Grindr et Blendr) ont été menés ou sont en cours^{218,219}. Les données actuelles ne permettent pas de conclure à leur efficacité. Ce type de communication serait toutefois jugé plus acceptable avec les partenaires occasionnels qu'avec les partenaires habituels.

À notre connaissance, les médias sociaux sont encore peu utilisés au Québec pour la notification aux partenaires. Certaines directions de santé publique se sont dotées de protocole pour l'intervention dans ce contexte.

L'**autodépistage** (de l'infection à *Chlamydia trachomatis* et de l'infection gonococcique) consiste généralement à remettre à la personne atteinte une trousse de dépistage accompagnée d'informations sur son utilisation. Cette personne transmet la trousse à ses partenaires pour qu'ils fassent un test et l'envoient par la poste au laboratoire^{220,221,222,223}. L'autodépistage a une portée limitée et peut avoir des effets pervers, notamment une augmentation de la réinfection entraînée par le temps écoulé avant de recevoir le traitement²²⁴. Cette méthode serait moins efficace que la carte de notification²²⁵. Si, par ailleurs, elle est combinée avec le TAP, décrit ci-après, elle permet de réduire la réinfection du cas-index.

L'autodépistage n'est pas offert au Québec et aucun projet à ce sujet n'y est en cours.

Le **traitement accéléré des partenaires**^{226,227,228} est une stratégie qui consiste à traiter les partenaires sexuels de personnes atteintes d'une ITS sans qu'ils aient bénéficié d'une évaluation clinique ni du counseling d'un professionnel de la santé. Les projets de TAP ayant fait l'objet de publications ne se limitent pas à une prescription remise par le patient à un partenaire. Le processus se déroule généralement comme suit : le cas-index remet à ses partenaires une trousse contenant le traitement épidémiologique de l'infection en cause ainsi que les renseignements nécessaires pour assurer l'efficacité de l'intervention et éviter les effets néfastes. Dans certains cas, il leur remet plutôt un code d'identification ou une ordonnance. Les partenaires se présentent alors à une pharmacie ou dans une clinique pour recevoir la trousse. Selon les lois et règlements en vigueur dans les pays qui ont recours à cette stratégie, l'ordonnance sera nominative ou non.

Le TAP peut être un complément aux stratégies précédentes lorsque, malgré l'intervention par le cas-index ou par un professionnel de la santé, il paraît impossible ou improbable qu'un partenaire se présente pour être évalué sur le plan clinique.

Dans les modèles ayant fait l'objet d'une évaluation, la stratégie a permis de faire diminuer le taux de réinfection chez les cas-index et de faire augmenter le nombre de partenaires traités^{229,230,231,232}. Les données sur l'efficacité sont cependant variables^{233,234,235,236,237,238,239}.

Dans tous les modèles de TAP, on insiste sur la nécessité que le partenaire se présente pour une évaluation clinique après coup, même s'il est traité. La majorité des modèles recommandent par ailleurs de réserver cette méthode à certaines infections et aux partenaires sexuels susceptibles de ne pas se présenter pour une évaluation. Les groupes présentant un risque de complications ou de co-infection ne peuvent bénéficier du TAP. De façon générale, ce traitement est réservé aux partenaires de personnes hétérosexuelles ayant une infection à *Chlamydia trachomatis* non compliquée et, dans certains cas, à ceux de personnes hétérosexuelles ayant une infection gonococcique.

Le TAP, tel qu'il est décrit dans les publications (avec la remise d'une trousse au partenaire), n'est pas offert actuellement au Québec. L'intégration d'une stratégie semblable dans l'IPPAP devra respecter la législation québécoise²⁴⁰ et tenir compte de divers éléments, dont les aspects éthiques, l'épidémiologie régionale et locale, l'organisation des services ainsi que les priorités d'intervention. La publication de lignes directrices constitue un préalable à l'utilisation de cette stratégie. Une analyse de la pertinence et de la faisabilité concernant l'application du TAP au Québec devra éventuellement être faite.

La remise de médicaments ou d'une ordonnance individuelle pour traiter le partenaire d'une personne atteinte de gonorrhée ou de chlamydie est une stratégie à laquelle le Collège des médecins du Québec (CMQ) a donné son aval, dans le contexte d'une mesure de santé publique, tout en précisant trois conditions à respecter²⁴¹ :

1. L'ordonnance doit être nominative ; afin de respecter le Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin, le médecin doit disposer d'un certain nombre d'informations, dont la date de naissance du partenaire.
2. Le pharmacien doit agir dans le contexte d'un travail s'effectuant en collaboration, en interdisciplinarité, instauré par l'entrée en vigueur, en janvier 2003, de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé (projet de loi n° 90). Il s'agit d'une nouvelle approche fondée sur la reconnaissance des compétences des autres professionnels amenés à contribuer à la qualité optimale des soins. Le pharmacien exercera alors une activité qui lui est réservée, à savoir la surveillance de la thérapie médicamenteuse. C'est dans ce contexte que le médecin doit demander au pharmacien de s'assurer, avant de servir le médicament, que la personne à qui il est destiné ne présente ni contre-indication ni problème de santé lui interdisant l'usage de l'antibiotique prescrit.
3. Le médecin doit consigner au dossier du premier patient la confirmation qu'il lui a remis l'ordonnance pour son partenaire, incluant l'information concernant ce dernier. Le médecin doit également ouvrir un dossier au nom du partenaire afin d'y inscrire toutes les informations à l'appui de sa décision clinique et celles qu'exigent les règlements applicables. Dans le dossier du patient, l'inscription pourrait être aussi

simple que « Partenaire traité. Voir dossier n° 123456 ». La confidentialité sera ainsi respectée.

Il faut ajouter ici que l'intervention qui se limiterait aux conditions fixées par le CMQ en 2008 ne constitue qu'un élément des stratégies dont l'efficacité a été démontrée dans la littérature scientifique. En effet, les modèles évalués comportent plusieurs éléments complémentaires à la remise d'une ordonnance ou d'une médication.

7 L'INTERVENTION AUPRÈS DES GROUPES LES PLUS TOUCHÉS

L'intervention préventive doit tenir compte de la vulnérabilité des individus aux ITSS et du contexte dans lequel ceux-ci évoluent²⁴².

Certaines modalités de l'intervention sont communes à tous les groupes les plus touchés par les ITSS et d'autres visent un groupe particulier ; cependant, toute intervention doit être adaptée en fonction des caractéristiques et des besoins de chacun.

Quel que soit le groupe, la prise en compte des différences (biologiques, culturelles, sociales, etc.) entre les sexes constitue un facteur d'efficacité de l'intervention, et ce, tant auprès des femmes que des hommes. Le recours à l'analyse différenciée selon les sexes est utile pour déterminer ces différences ainsi que pour organiser la programmation et le déploiement des services en conséquence²⁴³.

Connaître l'épidémiologie des ITSS de sa région ou de son territoire et les caractéristiques des groupes les plus touchés (voir la section 3) peut être utile à l'intervention. Les données relatives aux nombres ainsi qu'aux taux d'incidence de cas déclarés sont transmises chaque semaine aux directions régionales de santé publique par voie électronique et les personnes autorisées y ont accès sur le Web en tout temps.

En outre, connaître les lieux de socialisation et de rencontres sexuelles fréquentés par les groupes les plus touchés, de même que les milieux d'intervention et les ressources de sa région ou de son territoire (cliniques privées, organismes communautaires, etc.), est essentiel. L'outil « Ressources intervention préventive relative aux ITSS » présente des ressources provinciales destinées aux professionnels, au grand public et aux personnes atteintes d'une ITSS (voir l'annexe 4).

À titre indicatif et de manière non exhaustive chaque sous-section qui suit porte sur l'un des groupes les plus touchés par les ITSS. De manière générale, on y présente :

- un résumé des principales causes de vulnérabilité et des interventions efficaces pour le groupe en question ;
- les activités du Programme national de santé publique (PNSP) destinées au groupe en question (pour éviter la répétition, celles qui s'adressent aux groupes socialement vulnérables sont présentées ci-après et un renvoi y est fait dans chacune des sous-sections portant sur l'un de ces groupes) ;
- des milieux d'intervention fréquentés par le groupe en question (lieux de socialisation et autres) ;
- des documents de référence et quelques exemples des formations offertes ;
- des pistes pour effectuer l'enquête épidémiologique, incluant l'IPPAP.

Ces renseignements seront utiles pour soutenir l'intervention ainsi que pour orienter la personne atteinte et ses partenaires vers les ressources appropriées.

Il faut souligner ici que certaines personnes atteintes d'une ITS-MADO ne font partie d'aucun des groupes les plus touchés.

Les activités destinées aux groupes socialement vulnérables

Selon la *Stratégie québécoise de lutte contre l'infection par le VIH et le sida, l'infection par le VHC et les infections transmissibles sexuellement*²⁴⁴, les groupes vulnérables socialement sont : les HARSAH, les personnes qui utilisent des substances psychoactives – dont les personnes faisant usage de drogues par injection –, les jeunes en difficulté, les femmes en difficulté (incluant les travailleuses du sexe), les autochtones, les personnes originaires de régions où les ITSS sont endémiques et les personnes détenues en milieu carcéral.

En ce qui concerne la lutte contre les ITSS, des activités destinées aux groupes socialement vulnérables apparaissent dans le PNSP. Ce sont :

- les activités de prévention offertes dans les milieux de vie, dans les locaux des organismes communautaires ou dans le cadre des services de santé et des services sociaux, notamment :
 - l'accès aux condoms,
 - la prévention du passage à l'injection,
 - l'éducation sur la réduction des risques liés aux relations sexuelles et à l'injection de drogues ;
- l'accès au matériel d'injection stérile et la récupération des seringues usagées ;
- les pratiques cliniques préventives²⁴⁵ utilisées dans les services intégrés de dépistage et de prévention des ITSS (SIDE²⁴⁶), dans les CSSS et au sein des milieux de vie ;
- les services d'injection supervisée.

Au niveau régional, ce sont les directions de santé publique, de concert avec leurs partenaires locaux, qui planifient l'implantation des interventions préventives auprès des populations vulnérables et qui contribuent à leur mise en œuvre. L'implantation diffère d'une région à l'autre en fonction, notamment, des groupes à risque vivant sur le territoire, des ressources et de l'organisation des services.

7.1 Les adolescents et les jeunes adultes

L'adolescence et l'entrée dans la vie adulte sont généralement des périodes de changement, de remise en question et d'expérimentation. L'instabilité émotionnelle, le désir d'explorer et le sentiment de toute-puissance font que plusieurs jeunes risquent de contracter une ITSS²⁴⁷. L'éducation à la sexualité et l'accès au condom sont les pierres angulaires de la prévention des ITSS chez les jeunes.

Activités prévues dans le PNSP

En ce qui concerne la lutte contre les ITSS, des activités destinées à la population des 12-24 ans sont présentées dans le PNSP²⁴⁸. Ce sont :

- les activités d'information et de prévention des ITSS en milieu scolaire et dans les autres milieux de vie, par exemple l'éducation à la sexualité ainsi que le programme de promotion et d'accessibilité aux condoms ;
- le soutien à l'organisation de services de consultation en matière de santé sexuelle ainsi que les services adaptés aux adolescents et aux jeunes adultes – du type cliniques jeunesse – favorisant la prévention des ITSS, intégrant les pratiques cliniques préventives et se combinant à des interventions d'éducation à la sexualité.

Milieux d'intervention possibles

- Les lieux de socialisation et de rencontres sexuelles comme les centres de loisirs, les parcs, les milieux de travail et les médias sociaux.
- Le milieu scolaire : primaire, secondaire, collégial, universitaire et éducation aux adultes.
- Les organismes communautaires s'occupant de la jeunesse tels que les maisons de jeunes et les centres des loisirs, notamment.
- Les cliniques jeunesse.
- Internet.

Documents de référence

- *L'éducation à la sexualité dans le contexte de la réforme de l'éducation*, ministère de l'Éducation et ministère de la Santé et des Services sociaux²⁴⁹.
- *Lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle*, Agence de la santé publique du Canada²⁵⁰.
- *École en santé : Guide à l'intention du milieu scolaire et de ses partenaires – Pour la réussite éducative, la santé et le bien-être des jeunes*, ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport²⁵¹.
- *Stratégie d'action jeunesse 2009-2014 : Enrichir le Québec de sa relève*, Secrétariat à la jeunesse²⁵².
- *Pour soutenir la collaboration entre les centres de santé et de services sociaux (CSSS) et les collèges publics du Québec : Cadre de référence*, ministère de la Santé et des Services sociaux et ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport²⁵³.
- Magazine *Ça s'exprime*, [casexprime.gouv.qc.ca/fr/magazine], ministère de la Santé et des Services sociaux²⁵⁴.
- *Entre les transformations, les frissons, les passions... et toutes les questions : Petit guide à l'usage des parents pour discuter de sexualité avec leur adolescent*, ministère de la Santé et des Services sociaux²⁵⁵.

Pistes pour effectuer l'enquête

- Plusieurs jeunes résident chez leurs parents ou leurs tuteurs. Des précautions particulières doivent être prises pour favoriser la confidentialité (par exemple, n'envoyer une lettre qu'en dernier recours parce que plusieurs adultes ouvrent le

courrier adressé à leurs enfants). Convenir avec eux de la meilleure manière de les joindre (téléphone, courriel, message texte, etc.).

- Tenir compte du fait que certains jeunes ont de courtes relations qui se succèdent (monogamie sériee). D'autres ont des relations concomitantes ou des relations stables.
- Tenir compte de leurs préoccupations ; vérifier et compléter leurs connaissances sur les comportements sexuels sécuritaires.
- Solliciter la collaboration des infirmières et infirmiers scolaires pour joindre les jeunes tout en respectant la confidentialité.

7.2 Les jeunes en difficulté

Les jeunes en difficulté font face à des problèmes multiples dont il faut tenir compte au cours de l'intervention. Comparativement aux autres jeunes, ces jeunes ont des comportements qui les rendent plus vulnérables aux ITSS (notamment les relations anales, la consommation d'alcool ou de drogue avant une relation sexuelle, un nombre élevé de partenaires et une faible utilisation du condom)^{256,257}. L'éducation sexuelle et la prévention des ITSS doivent être adaptées aux caractéristiques de ce groupe et à leurs besoins. Pour certains jeunes, l'accès au matériel d'injection ou d'inhalation sécuritaire devrait s'ajouter à l'accès au condom.

Activités prévues dans le PNSP

Voir « Les activités destinées aux groupes socialement vulnérables », p. 51.

Milieux d'intervention possibles

- Les lieux de socialisation et de rencontres sexuelles comme les centres de loisirs, les parcs, les milieux de travail et les médias sociaux.
- Les milieux scolaires suivants : primaire, secondaire, cheminement particulier et éducation aux adultes.
- Les organismes communautaires tels que les maisons de jeunes, les ressources pour jeunes fugueurs, jeunes de la rue ou jeunes qui s'adonnent à la prostitution et les auberges du cœur, notamment.
- Les centres jeunesse, incluant leurs services de santé et leurs services psychosociaux.
- Les centres de traitement de la dépendance.
- Les cliniques jeunesse.
- Les services intégrés de dépistage et de prévention des ITSS (SIDEPE).
- Internet.

Documents de référence

- *Guide de réflexion et d'intégration de la dimension de la sexualité dans l'intervention*, Centre jeunesse de Montréal, Institut universitaire, et Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal²⁵⁸.

- *Orientations relatives aux standards d'accès, de qualité, d'efficacité et d'efficience : Programme-services jeunes en difficulté – Offre de service 2007-2012*, ministère de la Santé et des Services sociaux²⁵⁹.

Développement des compétences

- *Sexualité et drogue chez les jeunes en difficulté : repères pour mieux intervenir*, Programmes nationaux de formation sur les ITSS et sur les stratégies d'intervention auprès des populations vulnérables, INSPQ.
- *Programme d'éducation sexuelle*, Centre jeunesse de Montréal, Institut universitaire.

Pistes pour effectuer l'enquête

- Les déplacements de ces jeunes étant fréquents (hébergement dans un centre jeunesse, fugues, etc.), demander à ceux-ci des coordonnées supplémentaires pour pouvoir assurer le suivi.
- La confidentialité de l'intervention peut poser un défi, par exemple lorsque, pour des raisons de sécurité, les rencontres du jeune sont surveillées par les intervenants. Les jeunes pourront être rassurés à ce sujet de la façon suivante : à moins d'une exception prévue par la loi (danger pour la vie de la personne ou celle d'un tiers), aucune information ne sera transmise aux intervenants qui s'occupent du jeune.
- Tenir compte de leurs préoccupations ; vérifier et compléter leurs connaissances sur les comportements sexuels sécuritaires et, au besoin, sur la réduction des risques associés à l'injection ou à l'inhalation de drogues.
- Solliciter la collaboration des infirmières et infirmiers ainsi que des intervenants psychosociaux pour joindre les jeunes tout en respectant la confidentialité.

7.3 Les femmes

Les femmes, surtout celles qui vivent dans des conditions précaires, sont particulièrement vulnérables aux ITSS. La vulnérabilité sociale, engendrée notamment par les conflits de pouvoir homme-femme ou par la violence conjugale et sexuelle, peut augmenter les barrières à l'adoption d'un comportement sécuritaire²⁶⁰.

D'autre part, la vulnérabilité des femmes est d'ordre physiologique :

- la transmission des ITSS se fait plus efficacement de l'homme à la femme que de la femme à l'homme ;
- le risque de complications dues aux ITS, telles que l'atteinte inflammatoire pelvienne, la grossesse ectopique, l'infertilité et le cancer du col, se pose pour les femmes ;
- les femmes plus jeunes sont encore plus susceptibles que les autres de contracter certaines ITSS car, chez elles, le col de l'utérus est plus sensible à certaines infections²⁶¹, notamment l'infection génitale à *Chlamydia trachomatis* et l'infection gonococcique ;
- les femmes enceintes peuvent transmettre l'infection à leur bébé.

Par ailleurs, la prévention des ITSS chez les femmes enceintes est cruciale compte tenu des complications possibles pouvant affecter la santé de la femme, l'issue de la grossesse et la santé du nouveau-né. Toutes les femmes enceintes doivent faire l'objet d'une évaluation permettant de vérifier si elles ont été dans des situations à risque au regard des ITSS avant ou pendant leur grossesse²⁶².

Parmi les pratiques cliniques préventives à promouvoir et à soutenir qui sont inscrites dans le PNSP, on trouve le dépistage du VIH, de la syphilis, de l'hépatite B et des autres ITS auprès des femmes enceintes²⁶³.

Le bilan prénatal de toute femme enceinte doit donc inclure le dépistage de ces infections. Celui-ci doit être répété pour les femmes qui sont exposées une nouvelle fois, celles qui ont des comportements à risque et celles dont le partenaire présente des facteurs de risque²⁶⁴.

Activités prévues dans le PNSP à l'intention des femmes en difficulté

Voir « Les activités destinées aux groupes socialement vulnérables », p. 51.

Milieux d'intervention possibles

- Les organismes communautaires offrant des services aux femmes, notamment les ressources d'hébergement pour femmes violentées.
- Les cours prénataux.
- Les centres de santé et de services sociaux (CSSS), les cliniques médicales, les cliniques de grossesse à risque élevé des hôpitaux.
- Les maisons de naissance.
- Les départements d'obstétrique des centres hospitaliers.
- Les cliniques jeunesse.
- Les SIDEP.
- Internet.

Documents de référence

- *Programme d'intervention sur l'infection par le VIH et la grossesse*, ministère de la Santé et des Services sociaux²⁶⁵.
- *Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans : Guide pratique pour les mères et les pères*, Institut national de santé publique du Québec²⁶⁶.
- *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement*, mises à jour de janvier 2010, Section 6 : Populations spécifiques, sous-section « Femmes enceintes », Agence de la santé publique du Canada²⁶⁷.

Pistes pour effectuer l'enquête

- Certaines femmes connaissent une situation précaire, d'inégalité de genre ou de violence qui peut nuire à l'intervention.

- Informer la femme enceinte des conséquences de l'ITS qu'elle a contractée sur sa grossesse et sur la santé de son bébé.
- Informer la femme enceinte sur le dépistage et la prévention des ITSS pendant la grossesse. Insister sur la pertinence de répéter le test de dépistage, au besoin plus d'une fois mais au minimum une fois vers la 28^e semaine de grossesse et au moment de l'accouchement si elle a été soumise à une nouvelle exposition, si elle a des comportements à risque ou si son partenaire présente des facteurs de risque.
- Certaines femmes enceintes ne connaissent pas les facteurs de risque de leur partenaire.
- Proposer à la femme un soutien psychosocial, au besoin (instabilité possible dans le couple en raison de l'ITS).

7.4 Les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes

Malgré les gains obtenus dans la lutte contre l'homophobie, bon nombre d'HARSAH sont marginalisés encore aujourd'hui et peuvent souffrir d'isolement. La fréquence des comportements à risque (relations anales non protégées, consommation d'alcool ou de drogue avant les relations sexuelles, partenaires multiples ou anonymes, etc.) ainsi que la prévalence de certaines ITS dans cette population font en sorte que les HARSAH sont plus souvent exposés aux ITSS. Bien que des progrès aient été enregistrés en matière de prévention des ITSS, les efforts doivent être maintenus et intensifiés, notamment au regard de l'intervention de proximité, de l'intervention par les pairs, de la création d'environnements favorables à la prévention et des campagnes de promotion d'une norme sociale de prévention. L'accès au condom reste un incontournable ; s'y ajoute, pour certains, l'accès au matériel d'injection ou d'inhalation sécuritaire. Les HARSAH qui ne fréquentent pas les lieux de socialisation ou encore ceux qui ne s'identifient pas comme gais peuvent être difficiles à joindre.

Activités prévues dans le PNSP

Voir « Les activités destinées aux groupes socialement vulnérables », p. 51.

Milieux d'intervention possibles

- Les lieux de socialisation et de rencontres sexuelles tels que les saunas, les bars et les parcs, notamment.
- Les organismes communautaires de lutte contre l'homophobie.
- Les organismes communautaires s'occupant de la santé des hommes gais et bisexuels ou de la lutte contre le VIH/sida.
- Les cliniques spécialisées ITSS.
- Les SIDEPS.
- Internet^a.

a. Internet est un médium privilégié pour joindre particulièrement les HARSAH qui rencontrent leurs partenaires sexuels sur Internet, ceux qui sont difficiles à joindre autrement – notamment les jeunes –, les personnes vivant dans les régions éloignées et celles qui n'ont pas encore affirmé leur orientation sexuelle. Pour plus d'information, voir Marie-Claude DROUIN, *Gestion des risques sexuels liés à la transmission du VIH et d'autres ITSS chez des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes*

Documents de référence

- *L'adaptation des services sociaux et de santé aux réalités homosexuelles : Orientations ministérielles*, ministère de la Santé et des Services sociaux²⁶⁸.
- *Politique québécoise de lutte contre l'homophobie : Ensemble vers l'égalité sociale*, ministère de la Justice du Québec²⁶⁹.
- *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement*, mises à jour de janvier 2010, Section 6 : Populations spécifiques, sous-section « Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes et femmes ayant des relations sexuelles avec d'autres femmes », Agence de la santé publique du Canada²⁷⁰.

Développement des compétences

- *Pour une nouvelle vision de l'homosexualité : intervenir dans le respect des orientations sexuelles*, Programmes nationaux de formation sur les ITSS et sur les stratégies d'intervention auprès des populations vulnérables, INSPQ.
- *Adapter nos interventions aux réalités homosexuelles et bisexuelles : intervenir à tous les âges de la vie*, Programmes nationaux de formation sur les ITSS et sur les stratégies d'intervention auprès des populations vulnérables, INSPQ.
- Adapter nos interventions auprès des HARSAH : le rôle du personnel infirmier dans le contexte de la prévention des ITSS, Programmes nationaux de formation sur les ITSS et sur les stratégies d'intervention auprès des populations vulnérables, INSPQ.
- Formation médicale continue – Atelier interactif sur l'approche clinique du patient d'orientation homosexuelle ou bisexuelle, Programmes nationaux de formation sur les ITSS et sur les stratégies d'intervention auprès des populations vulnérables, INSPQ.

Pistes pour effectuer l'enquête

- L'homophobie subie ou appréhendée peut rendre les HARSAH craintifs à l'idée de dévoiler leurs comportements à risque.
- Certains d'entre eux banalisent le VIH et les autres ITSS. De prime abord, ils peuvent être réticents à collaborer à l'intervention. Une attitude d'ouverture de la part du professionnel de santé publique et l'application des principes de l'entretien motivationnel peuvent aider à faire diminuer la résistance chez les HARSAH.
- Plusieurs HARSAH ont également des relations sexuelles avec des femmes ; il ne faut donc pas présumer qu'ils ont seulement des partenaires masculins.
- Tenir compte des informations erronées sur la transmission et la prévention (par exemple : « Si mon partenaire a une ITSS, il va me le dire. »).
- Tenir compte des préoccupations des HARSAH ; vérifier et compléter leurs connaissances sur les comportements sexuels sécuritaires et, au besoin, sur la réduction des risques associés à l'injection ou à l'inhalation de drogues.

(HARSAH) et utilisant Internet pour rencontrer des partenaires sexuels, Mémoire (maîtrise en sexologie), Université du Québec à Montréal, 2011, vii + 197 p.

7.5 Les personnes utilisatrices de drogues par injection et par inhalation

Les conditions de vie des personnes utilisatrices de drogues par injection et par inhalation influencent leurs capacités à adopter des comportements sécuritaires. Par exemple, les préoccupations liées à la survie (nourriture, logement), l'isolement social et la marginalisation peuvent entraver l'adoption de tels comportements. Le partage de matériel d'injection ou d'inhalation est le principal facteur de risque pour ce groupe, dans lequel l'incidence du VHC et celle du VIH sont très élevées. Les services à bas seuil d'accessibilité^a et l'approche axée sur la réduction des méfaits peuvent répondre aux besoins des utilisateurs de drogues par injection et par inhalation. L'accès au matériel d'injection stérile et au matériel d'inhalation ainsi que l'injection supervisée sont des stratégies dont l'efficacité a été démontrée pour prévenir les ITSS dans ce groupe, particulièrement lorsqu'elles sont intégrées au continuum de services. L'intervention de proximité et l'intervention par les pairs permettent de joindre les personnes utilisatrices de drogues par injection et par inhalation dans leur milieu de vie. Toutefois, la marginalisation et la répression policière peuvent représenter des obstacles à l'accès aux services et à l'approche axée sur la réduction des méfaits.

Activités prévues dans le PNSP

Voir « Les activités destinées aux groupes socialement vulnérables », p. 51.

Milieus d'intervention possibles

- Les lieux de socialisation et de consommation de drogues.
- Les organismes communautaires tels que les ressources pour les usagers de drogues par injection ou inhalation, pour les jeunes de la rue ou pour les travailleuses et travailleurs du sexe, notamment.
- Les centres de traitement de la dépendance.
- Les établissements de détention.
- Les cliniques jeunesse.
- Les SIDEP.
- Les centres d'accès au matériel d'injection^b.
- Les services d'injection supervisée.

Documents de référence

- *Pour une approche pragmatique de prévention en toxicomanie : Orientations, axes d'intervention, actions*, ministère de la Santé et des Services sociaux²⁷¹.
- *Actions proposées pour la prévention du VIH-sida et de l'hépatite C chez les personnes utilisatrices de drogues : Rapport du comité conseil sur la prévention du VIH et du VHC chez les personnes utilisatrices de drogues*, ministère de la Santé et des Services sociaux²⁷².

a. Par exemple, la personne qui consomme des drogues par injection peut bénéficier de services même si elle est intoxiquée ou qu'elle souhaite continuer à en consommer.

b. La *Liste officielle des centres d'accès au matériel d'injection du Québec* est accessible sur le site Web du MSSS, [<http://www.msss.gouv.qc.ca/>], section « Documentation », onglet « Publications ».

- *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement*, mises à jour de janvier 2010, Section 6 : Populations spécifiques, sous-section « Consommation de substances psychoactives », Agence de la santé publique du Canada²⁷³.

Développement des compétences

- *Usage de drogues et ITSS : intervenir selon une approche de réduction des méfaits (phase I)*, Programmes nationaux de formation sur les ITSS et sur les stratégies d'intervention auprès des populations vulnérables, INSPQ.
- *Résolution de problèmes dans l'application de l'approche de réduction des méfaits (phase II)*, Programmes nationaux de formation sur les ITSS et sur les stratégies d'intervention auprès des populations vulnérables, INSPQ.
- *Travailler en réseau auprès des personnes toxicomanes : Stratégies de mise en œuvre*, Programmes nationaux de formation sur les ITSS et sur les stratégies d'intervention auprès des populations vulnérables, INSPQ.
- *Traitements de substitution pour les personnes dépendantes aux opioïdes*, Programmes nationaux de formation sur les ITSS et sur les stratégies d'intervention auprès des populations vulnérables, INSPQ.

Pistes pour effectuer l'enquête

- Appliquer les principes de l'approche axée sur la réduction des méfaits.
- La consommation de drogues par injection ou inhalation est un comportement ; il ne définit pas une personne.
- Garder en tête que la santé peut ne pas être la priorité des personnes utilisatrices de drogues par injection et par inhalation.
- Certaines de ces personnes connaissent une situation précaire qui peut nuire à l'intervention.
- Les déplacements de ces personnes étant fréquents (itinérance, traitement de la dépendance, incarcération, etc.), demander à celles-ci des coordonnées supplémentaires pour pouvoir assurer le suivi.
- Tenir compte de leurs préoccupations ; vérifier et compléter leurs connaissances sur la réduction des risques associés à l'injection ou à l'inhalation de drogues et sur les comportements sexuels à risque.

7.6 Les personnes incarcérées

L'incarcération offre une occasion unique d'entrer en contact avec des personnes à risque pour leur offrir des services préventifs²⁷⁴.

Les personnes incarcérées ont dans leur rang une proportion importante d'UDI et bon nombre de personnes infectées avant leur incarcération. Des comportements à risque en matière d'injection, de tatouage, de body piercing et d'activités sexuelles subsistent en cours de détention. En centre de détention, il y a une concentration de personnes vulnérables qui le deviennent encore plus à cause des caractéristiques de ce

milieu de vie. [...] La philosophie et les règles du système carcéral représentent souvent des obstacles aux activités de prévention conçues dans une approche de réduction des méfaits associés à la toxicomanie²⁷⁵.

L'accès au matériel stérile d'injection ou de désinfection est donc une stratégie à privilégier, tout comme l'accès au condom. La crainte de dévoiler des comportements défendus en milieu carcéral (relations sexuelles, consommation de drogue) peut nuire à l'intervention.

Activités prévues dans le PNSP

Voir « Les activités destinées aux groupes socialement vulnérables », p. 51.

Milieus d'intervention possibles

- Les établissements de détention, incluant leurs services de santé.
- Les centres de traitement de la dépendance.
- Les organismes de réinsertion sociale et maisons de transition.
- Les SIDEP en milieu carcéral.

Documents de référence

- *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement*, mises à jour de janvier 2010, Section 6 : Populations spécifiques, sous-section « Détenus et délinquants », Agence de la santé publique du Canada²⁷⁶.
- *Plan de travail 2012-2015 sur les ITSS en milieu carcéral*, Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (non publié).

Développement des compétences

- *Mieux contribuer à la lutte aux ITSS : Enjeux et défis en milieu correctionnel*, Programmes nationaux de formation sur les ITSS et sur les stratégies d'intervention auprès des populations vulnérables, INSPQ.

Pistes pour effectuer l'enquête

- Les déplacements des personnes incarcérées étant fréquents (transfert d'établissement, libération conditionnelle, etc.), demander à celles-ci des coordonnées supplémentaires pour pouvoir assurer le suivi.
- La confidentialité de l'intervention peut poser un défi, par exemple lorsque, pour des raisons de sécurité, les rencontres sont surveillées par les agents ou agentes de services correctionnels. Les personnes incarcérées pourront être rassurées à ce sujet de la façon suivante : à moins d'une exception prévue par la loi (danger pour la vie de la personne ou celle d'un tiers), aucune information ne sera transmise à l'établissement de détention.
- Tenir compte des préoccupations des personnes incarcérées ; vérifier et compléter leurs connaissances sur la réduction des risques associés à l'injection ou à l'inhalation de drogues et sur les comportements sexuels à risque.

7.7 Les personnes originaires de pays où les ITSS sont endémiques

Les personnes originaires de pays où les ITSS sont endémiques restent susceptibles d'être exposées à une infection dans leur pays d'origine (avant l'immigration ou à l'occasion de séjours post-immigration²⁷⁷) ou dans leur réseau social québécois.

Les valeurs, les croyances, les pratiques et les tabous en matière de santé et de sexualité varient selon les pays et les cultures, et même au sein de chaque culture. C'est le cas au Québec comme ailleurs.

On relève ainsi des différences, parfois importantes, entre les valeurs de certaines communautés ethnoculturelles du Québec et la culture dominante, sur divers aspects : l'éducation sexuelle des jeunes, les rapports entre les hommes et les femmes, la perception de ce qu'est la violence, etc.²⁷⁸. Les connaissances sur les ITSS qu'ont les membres de ces communautés et les ressources dont ils disposent sont parfois déficientes. Tous ces éléments peuvent représenter des obstacles à la prévention des ITSS et à la notification aux partenaires. La prévention doit être adaptée aux caractéristiques des personnes originaires de pays où les ITSS sont endémiques et à leurs besoins. Pour certaines de ces personnes, l'accès au matériel d'injection ou d'inhalation sécuritaire devrait s'ajouter à l'accès au condom.

Activités prévues dans le PNSP

Voir « Les activités destinées aux groupes socialement vulnérables », p. 51.

Milieux d'intervention possibles

- Les organismes communautaires qui interviennent auprès de personnes originaires de pays où les ITSS sont endémiques (GAP-VIES, associations pour les nouveaux arrivants).
- Les cliniques pour les nouveaux arrivants.
- Les cliniques santé voyage.
- Les cliniques jeunesse.
- Les SIDEP.

Documents de référence

- *Trousse d'outils pour la prévention et le soutien auprès des Québécois d'origine haïtienne*, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, COCQ-SIDA et GAP-VIES²⁷⁹.
- *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement*, mises à jour de janvier 2010, Section 6 : Populations spécifiques, sous-section « Immigrants et réfugiés », Agence de la santé publique du Canada²⁸⁰.

Développement des compétences

- Session de formation *Outillons-nous : Trousse d'outils d'intervention auprès des Québécois d'origine haïtienne*, COCQ-SIDA.

Pistes pour effectuer l'enquête

- La stigmatisation et la discrimination subies ou appréhendées peuvent rendre les personnes originaires de pays où les ITSS sont endémiques craintives à l'idée de dévoiler leurs comportements à risque.
- Tenir compte du rôle des valeurs, des croyances, des pratiques et des tabous en matière de sexualité dans les réactions de ces personnes par rapport à l'intervention.
- Certaines de ces personnes connaissent une situation précaire, d'inégalité de genre ou de violence qui peut nuire à l'intervention.
- Tenir compte de leurs préoccupations ; vérifier et compléter leurs connaissances sur les comportements sexuels sécuritaires.
- Se référer à l'annexe 3, qui présente des pays fortement touchés par la syphilis et le VIH.

7.8 Les autochtones

Les Premières Nations du Québec sont davantage touchées par des inégalités que la population québécoise en général, tant sur le plan de la santé que sur celui du développement social dans son ensemble²⁸¹.

L'éloignement géographique de certaines communautés pose un défi pour l'intervention préventive. Par ailleurs, hors réserve, les services seraient peu adaptés aux besoins des autochtones²⁸². Il faut rappeler qu'il s'agit pourtant là d'un critère d'efficacité central²⁸³ : toutes les interventions doivent être culturellement pertinentes et modulées selon les besoins des communautés, tenir compte de l'expérience de vie de celles-ci et miser sur leur participation. Le recours à des personnes issues du milieu pourrait faciliter les interventions. Pour certains membres des communautés autochtones, l'accès au matériel d'injection ou d'inhalation sécuritaire doit s'ajouter à l'accès au condom.

Activités prévues dans le PNSP

Voir « Les activités destinées aux groupes socialement vulnérables », p. 51.

Milieux d'intervention possibles

- Les organismes communautaires qui interviennent auprès des autochtones, comme les centres de l'amitié autochtone et Native Women Shelter of Montreal, notamment.
- Le centre de santé local (dans plusieurs communautés autochtones).
- Les cliniques jeunesse.
- Les SIDEP.

Documents de référence

- *Plan directeur de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec 2007-2017 : Remédier aux disparités... accélérer le changement*, Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador²⁸⁴.

Pistes pour effectuer l'enquête

- Les déplacements des autochtones étant fréquents (milieux urbains, réserves etc.), demander à ceux-ci des coordonnées supplémentaires pour pouvoir assurer le suivi.
- La stigmatisation et la discrimination subies ou appréhendées peuvent rendre les personnes autochtones craintives à l'idée de dévoiler leurs comportements à risque.
- Tenir compte du rôle des valeurs, des croyances, des pratiques et des tabous en matière de sexualité dans les réactions de ces personnes au regard de l'intervention. Par exemple, bon nombre de communautés autochtones ont comme norme culturelle le non-dévoilement des comportements sexuels parce que ceux-ci relèvent de la sphère privée.
- Certaines personnes autochtones connaissent une situation précaire, d'inégalité de genre ou de violence qui peut nuire à l'intervention.
- Tenir compte de leurs préoccupations ; vérifier et compléter leurs connaissances sur les comportements sexuels sécuritaires et, au besoin, sur la réduction des risques associés à l'injection ou à l'inhalation de drogues.

7.9 Les travailleuses et travailleurs du sexe

Singulièrement, les travailleuses et travailleurs du sexe peuvent jouer un rôle important à la fois dans la transmission et dans la prévention des ITSS^{285,286}. Ces personnes, de même que leurs clients, sont susceptibles d'avoir un nombre élevé de partenaires sexuels. La réalité des travailleurs et travailleuses du sexe est très diversifiée, mais ils ont en commun que leurs conditions de vie et de travail peuvent réduire leur capacité à adopter des comportements sécuritaires. Pour favoriser l'adoption et le maintien de tels comportements, il faut leur assurer l'accès au matériel de prévention – le condom notamment – et les soutenir pour qu'ils acquièrent ou développent des habiletés à négocier l'utilisation du condom avec leurs clients. Plus largement, d'autres stratégies de prévention sont considérées comme efficaces : des lois et règlements moins contraignants, l'éducation par les pairs et l'accès aux services de santé à bas seuil d'exigence, notamment. À l'opposé, la marginalisation des travailleurs et travailleuses du sexe ainsi que le contexte anonyme des rencontres avec leurs clients peuvent constituer des obstacles à la prévention et à la notification aux partenaires²⁸⁷.

Activités prévues dans le PNSP

Voir « Les activités destinées aux groupes socialement vulnérables », p. 51.

Milieux d'intervention possibles

- Les lieux de socialisation et de travail du sexe tels que les bars de danseuses ou de danseurs, les salons de massage et les agences d'escortes, notamment.
- Les organismes de défense des droits des travailleuses et travailleurs du sexe.
- Les projets d'intervention auprès des travailleuses et travailleurs du sexe, comme Catwomen, le programme Travailleurs du sexe de l'organisme Rézo, le Projet Intervention Prostitution de Québec, Stella et le projet Vénus de Sida-Vie Laval.
- Les centres d'hébergement, dont la Maison de Marthe et Passages.

- Les établissements de détention, incluant leurs services de santé.
- Les centres de traitement de la dépendance.
- Les SIDEPS.
- Les centres d'accès au matériel d'injection^a.
- Les services d'injection supervisée.

Document de référence

- Lignes *directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement*, mises à jour de janvier 2010, Section 6 : Populations spécifiques, sous-section « Les travailleurs de l'industrie du sexe », Agence de la santé publique du Canada²⁸⁸.

Développement des compétences

- *Stella 101 : l'approche par et pour les travailleuses du sexe*. Stella

Pistes pour effectuer l'enquête

- Le travail du sexe est un comportement ; il ne définit pas une personne.
- Le travail du sexe revêt des réalités diversifiées (solicitation sur la rue, escorte, massage érotique, danse nue et cyberpornographie). Toutes les personnes exerçant ces activités ne se reconnaissent pas comme des travailleurs ou des travailleuses du sexe.
- Des travailleuses et travailleurs du sexe se protègent avec leurs clients mais pas avec leurs partenaires sexuels ou amoureux.
- Certaines de ces personnes connaissent une situation précaire ou de violence qui peut nuire à l'intervention.
- Des travailleuses et travailleurs du sexe n'ont aucun moyen de retracer leurs clients, ou les personnes de qui elles ont reçu des biens ou de l'argent (ex. : sollicitation sur la rue, rencontre par l'intermédiaire d'Internet).
- Tenir compte de leurs préoccupations ; vérifier et compléter leurs connaissances sur les comportements sexuels sécuritaires et, au besoin, sur la réduction des risques associés à l'injection ou à l'inhalation de drogues.

7.10 Les voyageurs

La modification des habitudes de vie (consommation d'alcool ou de drogues et comportements sexuels) peut porter atteinte à la santé du voyageur. Le counseling sur les comportements sexuels devrait faire partie de la consultation pré-voyage et orienter les conseils préventifs et les recommandations sur l'immunisation²⁸⁹.

Par ailleurs, dans les *Lignes directrices canadiennes sur les ITS*, il est mentionné que l'on devrait suggérer aux voyageurs d'apporter des condoms, de tenir compte du risque

a. La *Liste officielle des centres d'accès au matériel d'injection du Québec* est accessible sur le site Web du MSSS, [<http://www.msss.gouv.qc.ca/>], section « Documentation », onglet « Publications ».

élevé d'attraper une ITSS ainsi que des conséquences possibles de la consommation d'alcool et de drogues illicites sur l'adoption de comportements sexuels à risque.

Activités prévues dans le PNSP

En matière de lutte contre les maladies infectieuses, les activités destinées aux voyageurs inscrites dans le PNSP sont, entre autres :

- le soutien aux activités cliniques relatives à la santé des voyageurs, incluant la prévention des maladies acquises à l'étranger ;
- la promotion des comportements préventifs et la vaccination.

Milieux d'intervention possibles

- Les cliniques santé voyage.
- Les centres locaux de services communautaires et les cliniques médicales.

Documents de référence

- *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement*, mises à jour de janvier 2010, Section 6 : Populations spécifiques, sous-section « Voyageurs », Agence de la santé publique du Canada²⁹⁰.
- *Guide des bonnes pratiques en santé des voyageurs*, Institut national de santé publique du Québec²⁹¹.

Pistes pour effectuer l'enquête

- La modification des habitudes de vie (consommation d'alcool ou de drogues) peut favoriser la prise de risque.
- L'intervention auprès des partenaires d'autres provinces ou pays est possible.
- Tenir compte des préoccupations des voyageurs ; vérifier et compléter leurs connaissances sur les comportements sexuels sécuritaires et, au besoin, sur la réduction des risques associés à l'injection ou à l'inhalation de drogues.

TROISIÈME PARTIE – PROTÉGER : L'ENQUÊTE ÉPIDÉMIOLOGIQUE

Comme pour d'autres maladies transmissibles, l'enquête épidémiologique qui suit une déclaration d'une infection transmissible sexuellement à déclaration obligatoire (ITS-MADO) inclut une intervention auprès de la personne atteinte et de ses contacts, qui dans le cas des ITS se limitent aux partenaires sexuels.

La troisième et dernière partie du guide porte sur l'enquête épidémiologique. Plus précisément, elle présente :

- les objectifs de cette enquête,
- une description de celle-ci,
- le cadre juridique et éthique dans lequel elle s'inscrit,
- l'organisation des services qu'elle implique,
- les critères de son succès.

Des modèles de formulaires et des guides d'utilisation de ces derniers sont proposés aux professionnels de santé publique dans le présent guide d'intervention. Les formulaires serviront à recueillir l'ensemble des renseignements nécessaires aux enquêtes épidémiologiques et à consigner les actions planifiées ou menées. Ces outils, dont l'utilisation est recommandée, ont été conçus afin d'assurer la qualité de l'intervention et favoriser la collecte de l'ensemble des renseignements nécessaires à l'intervention. Ils sont présentés, dans les annexes 8 et 9, de la façon suivante :

- quatre formulaires, parmi lesquels choisir selon l'infection transmissible sexuellement à déclarer (annexe 8A), et le guide d'utilisation de ces formulaires (annexe 8B) ;
- le formulaire relatif à l'intervention préventive auprès des partenaires (annexe 9A) et le guide d'utilisation de ce formulaire (annexe 9B).

8 LES OBJECTIFS ET LA DESCRIPTION DE L'ENQUÊTE ÉPIDÉMIOLOGIQUE

L'enquête épidémiologique relative à une ITS-MADO vise deux objectifs :

1. Agir sur le cycle de transmission de cette infection pour prévenir d'autres cas et ainsi limiter l'ampleur d'une épidémie avérée ou potentielle.

L'enquête épidémiologique est une intervention individuelle. Elle offre la possibilité de joindre des personnes atteintes et leurs partenaires qui n'auraient pas été touchés par les interventions populationnelles.

2. Caractériser les situations de menace pour la santé de la population afin de permettre la mise œuvre rapide de mesures de contrôle.

L'enquête épidémiologique contribue à la vigie sanitaire et à la surveillance, deux notions qui sont distinguées ci-après. Elle permet :

- de détecter les écarts significatifs entre le nombre de cas observés et le nombre de cas attendus ;

- de colliger, au sujet de ces écarts, des renseignements sur divers aspects tels que le temps (ex. : date du début des symptômes, date du diagnostic, date de l'acquisition de l'infection), le ou les lieux (ex. : région de résidence de la personne atteinte, endroit ou contexte probable de l'acquisition de l'infection) ainsi que les personnes (ex. : caractéristiques sociodémographiques, facteurs de risque) ;
- de dresser un portrait des ITS-MADO en vue d'une prise de décision pour la mise en œuvre de mesures de contrôle en temps opportun.

Distinction entre vigie sanitaire et surveillance

La **vigie sanitaire**²⁹² consiste à reconnaître les menaces pour la santé en temps opportun afin de limiter, de contrôler ou d'éliminer les risques de transmission d'un agent pathogène²⁹³. Son but ultime est de protéger la santé de la population.

La **surveillance** a pour finalité première d'informer la population et les décideurs sur l'état de santé de la population. Elle peut soutenir la planification à long terme.

L'enquête épidémiologique repose sur une démarche rigoureuse comportant les activités suivantes :

- la validation de la déclaration,
- la collecte d'éléments cliniques,
- la recherche des facteurs de risque ou de vulnérabilité et des sources d'exposition possibles,
- l'intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une ITS et auprès de leurs partenaires (IPPAP),
- la saisie, le traitement et l'analyse des renseignements.

Les sections suivantes donnent des détails sur chacune des activités liées à l'enquête épidémiologique. Le tableau 4 présente en résumé l'utilité et une description de ces activités.

Tableau 4 : Utilité et description des activités relatives à l'enquête épidémiologique, dans laquelle s'inscrit l'intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une infection transmissible sexuellement et auprès de leurs partenaires (IPPAP)

Activité		Utilité	Brève description
Validation de la déclaration		• Confirmer le cas (vigie sanitaire). • Assurer une bonne spécificité du fichier MADO (vigie sanitaire et surveillance).	• Vérifier la correspondance avec la définition nosologique^a (voir la section « Données cliniques » du Tableau des renseignements recueillis dans le cadre de la vigie relative aux ITS-MADO, à l'annexe 6). • Recueillir les renseignements nécessaires pour caractériser le cas.
Collecte d'éléments cliniques		• S'assurer que le cas-index a reçu le traitement approprié (agir sur le cycle de transmission). • Prévenir l'apparition de complications liées à une infection non traitée. • Comprendre le contexte de détection.	• Recueillir les renseignements sur l'état clinique du cas-index, le contexte de la détection de l'infection ainsi que le traitement et le suivi du cas-index.
IPPAP 1 ^{er} volet	Recherche des facteurs de risque ou de vulnérabilité et des sources d'exposition possibles	• Évaluer le risque et la vulnérabilité. • Adapter l'IPPAP (agir sur le cycle de transmission). • Caractériser la menace pour la santé (vigie). • Contribuer à dresser le portrait de l'épidémie (surveillance).	• Recueillir l'information sur les facteurs de risque ou de vulnérabilité et préciser le contexte de l'acquisition (voir la section « Facteurs de risque ou de vulnérabilité » du Tableau des renseignements recueillis dans le cadre de la vigie relative aux ITS-MADO, à l'annexe 6).

a. Les définitions nosologiques des infections transmissibles sexuellement à déclaration obligatoire (ITS-MADO) sont présentées à l'annexe 7. Comme elles sont périodiquement mises à jour, le lecteur est invité à en consulter la plus récente version sur le site Web du MSSS, à l'adresse suivante : [\[http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/mado.php\]](http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/mado.php).

Dans certaines situations, les informations disponibles ne permettent pas de confirmer le cas en fonction des critères retenus dans les définitions nosologiques. Le jugement clinique et l'évaluation du risque ou de la vulnérabilité des personnes en cause permettront alors de prendre une décision sur la pertinence de procéder à une intervention préventive.

IPPAP 1 ^{er} volet	Intervention préventive auprès de la personne atteinte	• Agir sur le cycle de transmission.	• Créer des conditions favorables au succès du traitement. • Consolider le counseling préventif fait en première ligne.
IPPAP 2 ^e volet	Soutien à la personne atteinte pour l'intervention préventive auprès de ses partenaires	• Agir sur le cycle de transmission.	• Sensibiliser le cas-index à l'importance de l'intervention auprès de ses partenaires. • Lui offrir de le soutenir dans sa démarche. • Identifier les partenaires devant être joints. • Établir une entente avec le cas-index ; planifier et effectuer le suivi.
IPPAP 3 ^e volet	Notification aux partenaires et intervention préventive auprès d'eux	• Agir sur le cycle de transmission.	• Selon l'entente établie avec le cas-index, intervenir auprès de ses partenaires : ○ pour les aviser de leur possible infection ; ○ pour susciter leur motivation à consulter (évaluation clinique et traitement épidémiologique) ; ○ pour les orienter vers les ressources dont ils ont besoin.
Saisie des indicateurs de vigie sanitaire		• Détecter une menace pour la santé (vigie sanitaire). • Caractériser la menace pour la santé. • Mettre à jour le portrait de la situation épidémiologique (surveillance).	• Saisir les données prévues dans le fichier MADO. • Saisir les indicateurs de vigie selon les orientations des autorités de santé publique régionales et provinciales.

8.1 La validation de la déclaration

La validation de la déclaration consiste à recueillir les renseignements permettant de confirmer et de caractériser tout cas d'ITS déclaré.

Afin de confirmer le cas, le professionnel de santé publique vérifie la correspondance entre les renseignements fournis dans la déclaration et la définition nosologique^a de l'infection en cause. Pour certaines ITS, par exemple l'infection à *Chlamydia trachomatis* ou l'infection gonococcique, les renseignements fournis dans la déclaration suffisent pour confirmer l'infection déclarée ; pour d'autres, notamment la syphilis et la LGV, des informations cliniques additionnelles (la nature des symptômes et les résultats de tests de laboratoire, entre autres) sont nécessaires. Le plus souvent, ces informations seront obtenues auprès du médecin traitant et parfois auprès du laboratoire déclarant.

Dans la mesure du possible, le professionnel de santé publique s'assure que les renseignements minimaux requis^b pour caractériser le cas sont inscrits sur le formulaire, notamment :

- le nom, le sexe, la date de naissance, l'adresse – incluant le code postal –, le numéro de téléphone et le numéro d'assurance maladie de la personne atteinte ; si le cas réside dans une autre région, le transfert de la déclaration devra être effectué dans les plus brefs délais ;
- la date du début de l'infection ;
- la date du ou des prélèvements et le nom du ou des laboratoires qui ont fait les analyses ;
- le type de prélèvement, y compris le site de celui-ci, les analyses effectuées et les résultats obtenus ;
- l'identification et les coordonnées du déclarant, incluant le ou les numéros de téléphone où il peut être joint ;
- le nom et le numéro du permis d'exercice du professionnel de la santé qui a demandé les analyses.

La validation doit être faite de façon rigoureuse pour éviter des biais dans la classification des cas et assurer le réalisme du portrait des ITS au Québec.

8.2 La collecte d'éléments cliniques

La collecte d'éléments cliniques additionnels à ceux qui ont été obtenus au cours de la validation vise :

- à s'assurer que le traitement est approprié (en vérifiant, par exemple, la correspondance de celui-ci avec les recommandations, les manifestations d'une résistance au traitement et la présence d'ITS concomitantes) ;

a. L'annexe 7 présente les définitions nosologiques des ITS-MADO. Comme elles sont périodiquement mises à jour, le lecteur est invité à en consulter la plus récente version sur le site Web du MSSS, à l'adresse suivante : [<http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/mado.php>].

b. La liste complète des renseignements devant être fournis (par les médecins et les laboratoires) dans la déclaration en vertu du Règlement d'application de la Loi sur la santé publique se trouve à la section 9.1.

- à renforcer l'observance du traitement et du suivi recommandés (voir le premier volet de l'IPPAP, à la section 8.4.1) ;
- à connaître l'historique des symptômes afin de pouvoir déterminer la période sur laquelle portera l'intervention auprès des partenaires et de déceler d'éventuels échecs du traitement ;
- à comprendre le contexte de la détection afin de pouvoir décider de renforcer ou de promouvoir le dépistage des ITSS, au besoin.

Des détails sur les éléments cliniques sont donnés dans le Guide d'utilisation des formulaires relatifs à l'enquête épidémiologique effectuée à la suite d'une déclaration d'infection transmissible sexuellement à déclaration obligatoire, à utiliser pour les cas-index (voir la section 2 de l'annexe 8B).

8.3 La recherche des facteurs de risque ou de vulnérabilité et des sources d'exposition possibles

La recherche de facteurs de risque ou de vulnérabilité permet :

- de préciser la réalité particulière de la personne atteinte et d'orienter les interventions préventives qui seront faites auprès de cette personne et de ses partenaires ;
- d'alimenter, sur les plans régional et provincial, le portrait populationnel des personnes atteintes.

La recherche de facteurs de risque ou de vulnérabilité et des sources d'exposition possibles est présentée en détail dans le Guide d'utilisation des formulaires relatifs à l'enquête épidémiologique effectuée à la suite d'une déclaration d'infection transmissible sexuellement à déclaration obligatoire, à utiliser pour les cas-index (voir la section 3 de l'annexe 8B).

8.4 L'intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une infection transmissible sexuellement et auprès de leurs partenaires

L'intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une infection transmissible sexuellement et auprès de leurs partenaires (IPPAP) permet :

- de favoriser le succès du traitement du cas-index ;
- d'éviter la réinfection du cas-index ;
- de prévenir l'apparition de complications liées à une infection non traitée en offrant un traitement précoce aux partenaires.

En fonction des priorités régionales et l'offre de service de base^a, l'IPPAP s'effectue selon l'approche négociée (pour les cas prioritaires) ou selon l'approche passive (pour les cas autres que prioritaires). Peu importe l'approche, la complémentarité de l'intervention de santé publique et de l'intervention clinique est essentielle.

a. Rappelons que des cas prioritaires seront définis par le groupe de travail sur les offres de services de base de la Table de coordination nationale en maladies infectieuses.

8.4.1 Approche négociée pour les ITS prioritaires

Compte tenu des obligations légales du directeur de santé publique ainsi que de la pertinence et de l'efficacité de l'intervention préventive, celle-ci est généralement faite par un professionnel de santé publique (professionnel d'une direction de santé publique ou d'un milieu clinique de première ligne mandaté à cet effet).

Pour être efficace et contribuer au contrôle des ITS, l'intervention doit être intensive et inclure un suivi. Elle comprend un ensemble de services offerts à la personne atteinte d'une ITS (cas-index), puis à ses partenaires. Elle comporte généralement trois volets :

- l'évaluation du risque et de la vulnérabilité chez la personne atteinte ainsi que l'intervention préventive auprès de cette personne ;
- le soutien à la personne atteinte pour l'intervention préventive auprès de ses partenaires ;
- la notification aux partenaires et l'intervention préventive auprès de ceux-ci.

Premier volet : L'évaluation du risque et de la vulnérabilité et l'intervention préventive auprès de la personne atteinte

Le premier volet vise à créer des conditions favorables au succès du traitement de l'infection du cas-index, à lui éviter des complications ainsi qu'à prévenir la réinfection et la survenue d'une autre ITS. À l'étape du counseling post-test, plusieurs de ces éléments devraient avoir été abordés par le clinicien ou l'intervenant de première ligne.

Contracter une ITS peut entraîner des répercussions psychosociales. La personne atteinte peut ressentir, avec plus ou moins d'intensité, une foule d'émotions : honte, culpabilité, colère, impuissance, peur, anxiété. Un diagnostic d'ITSS peut également entraîner des difficultés relationnelles liées à la recherche d'un coupable, à la découverte d'une infidélité, etc. Autre conséquence possible : un tel diagnostic peut provoquer une remise en question des comportements à risque et une motivation au changement. Si certaines personnes resteront indifférentes ou banaliseront la situation, d'autres auront besoin d'un soutien psychosocial soit pour gérer leurs émotions ou leurs difficultés relationnelles, soit pour adopter et maintenir des comportements sexuels plus sécuritaires. Des organismes communautaires et des intervenants psychosociaux (sexologues, travailleurs sociaux) peuvent leur offrir ce soutien.

Le premier volet de l'intervention préventive comprend les étapes qui suivent.

1. Créer des conditions favorables au succès du traitement de l'infection, c'est-à-dire :

- faire s'exprimer la personne atteinte à propos de ses connaissances sur l'infection et sur les complications qui peuvent en découler, et lui fournir de l'information complémentaire au besoin ;
- évaluer la possibilité d'une persistance de l'infection ou d'une réinfection en vérifiant les éléments suivants :
 - la persistance de symptômes^a,

a. Le cas échéant, envisager la possibilité d'une cause autre qu'une ITS.

- une exposition récente à un partenaire non traité (dans les sept jours d'un traitement unidose OU avant la fin d'un traitement de sept jours et plus OU avant la disparition des symptômes) ou à un nouveau partenaire,
- une infection causée par une souche résistante aux antibiotiques prescrits ou par d'autres agents pathogènes,
- une mauvaise observance du traitement,
- un traitement non conforme aux recommandations contenues dans les guides sur le traitement pharmacologique des ITSS produits par l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (voir l'annexe 4, « Liste d'outils accessibles sur Internet » et à l'annexe 10, « Lettres et courriels types », la lettre type destinée au clinicien à la suite d'un rapport confirmant la présence d'une souche de gonorrhée résistante aux antibiotiques)^a ;
- favoriser l'administration d'un traitement efficace par :
 - la promotion de l'observance du traitement prescrit,
 - la vérification que le traitement est conforme aux lignes directrices,
 - la promotion du programme de gratuité des médicaments contre les ITS ;
- recommander une évaluation médicale de contrôle, le cas échéant^b.

2. Procéder à l'évaluation du risque et de la vulnérabilité chez la personne atteinte, c'est-à-dire :

- vérifier si la personne atteinte présente des facteurs de risque et lui faire préciser le contexte de l'acquisition de l'infection (étape nécessaire qui permet d'adapter l'intervention aux besoins particuliers de la personne atteinte).

3. Consolider le counseling préventif effectué en première ligne, c'est-à-dire :

- faire s'exprimer la personne atteinte à propos de ses connaissances sur les moyens de prévenir les ITSS et lui fournir de l'information complémentaire au besoin ;
- évaluer s'il est indiqué de procéder au dépistage d'autres ITSS (possibilité de co-infection, dépistage périodique) ;
- promouvoir les comportements sécuritaires et soutenir l'adoption de ces comportements :
 - en discutant avec la personne atteinte des risques liés à ses comportements sexuels ou à ses habitudes de vie,
 - en l'aidant à identifier des comportements plus sécuritaires que les siens,

a. Communiquer avec le médecin traitant pour discuter de la situation et évaluer la possibilité d'un échec thérapeutique.

b. Voir les indications relatives à la visite de suivi dans INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX, *Guides sur le traitement pharmacologique des ITSS : Syphilis* [6 p.], *Cervicite mucopurulente, atteinte inflammatoire pelvienne (AIP), urétrite, épидидymite/orchi-épididymite* [5 p.], *Herpès génital* [4 p.], *Infection à Chlamydia trachomatis, infection à Neisseria gonorrhoeae* [4 p.], *Condylomes (verruës génitales)* [4 p.], Québec, Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, 2012 et dans AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA, « Section 5 : Prise en charge et traitement d'infections spécifiques », dans *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement*, mises à jour de janvier 2010, Ottawa, Agence de la santé publique du Canada, 2008.

- en décelant les obstacles à la prévention et en soutenant la recherche de solutions,
- en l'orientant vers les services appropriés ;
- promouvoir l'immunisation contre l'hépatite A, l'hépatite B et les infections par le virus du papillome humain (VPH) selon les indications du Protocole d'immunisation du Québec ;
- préciser les indications relatives à la prophylaxie post-exposition non professionnelle (VIH et hépatites)^a et la façon d'y avoir accès ;
- vérifier les besoins du cas-index, lui fournir de l'information sur les ressources pouvant répondre aux besoins qu'il a exprimés et l'orienter vers les ressources appropriées.

Deuxième volet : Le soutien à la personne atteinte pour l'intervention préventive auprès de ses partenaires

Le deuxième volet vise d'abord à amener la personne atteinte à reconnaître l'importance d'informer ses partenaires de leur exposition et à susciter sa collaboration pour les en aviser. Il vise ensuite à recenser tous les partenaires auxquels s'adresse l'intervention préventive. Pour le professionnel de santé publique, ce volet implique :

- de sensibiliser la personne atteinte aux avantages qu'elle peut tirer de l'intervention, notamment celui :
 - de faire diminuer son risque de réinfection,
 - d'être vu comme une personne responsable ;
- de la sensibiliser à la responsabilité et à la solidarité sociale en évoquant, entre autres :
 - le droit des personnes exposées d'avoir accès aux mesures préventives appropriées,
 - les moyens de freiner la propagation de l'infection dans la communauté ;
- de lui présenter les différents services pouvant l'appuyer dans sa démarche et les mesures prises pour préserver la confidentialité des renseignements recueillis ;
- de recenser les partenaires devant être joints en fonction de la période de contagiosité propre à chaque infection (voir l'annexe 11) ;
- d'établir une entente avec elle quant à la façon de procéder pour aviser les partenaires de leur exposition à une ITS et intervenir auprès d'eux ;
- de la soutenir dans sa démarche auprès de ses partenaires qu'elle avise elle-même (entre autres en lui présentant la brochure *Entre caresses et baisers, une ITS s'est faufilée... Il faut en parler*^{b,294}, la carte de notification et la liste des

a. Voir MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Guide pour la prophylaxie après une exposition au VIH, au VHB ou au VHC dans un contexte non professionnel*, rédigé par A. Bruneau et autres, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010, 77 p., [En ligne]. [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-333-01.pdf>].

b. Édité par le ministère de la Santé et des Services sociaux, cette brochure est présentée au [<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/fb143c75e0c27b69852566aa0064b01c/36b709418f4c6232852570ad0073c3fb?OpenDocument>] et peut être commandée en ligne.

ressources où ses partenaires peuvent se présenter pour une évaluation et un traitement, le cas échéant) ;

- de faire un suivi auprès d'elle, après le délai convenu, afin de s'assurer que ses partenaires ont effectivement été joints. Au besoin, une nouvelle entente pourra être établie quant à la façon de procéder pour aviser les partenaires qui n'auraient pas été joints.

Il faut préciser que l'intervention préventive reste une démarche volontaire. Le cas-index doit avoir accès à l'ensemble des services offerts, même s'il refuse cette intervention. Le professionnel de santé publique lui fera parvenir de la documentation (par exemple, la brochure *Entre caresses et baisers, une ITS s'est faufilée... Il faut en parler* et la liste de ressources régionales) afin de le sensibiliser à l'importance d'aviser ses partenaires et de l'informer des services offerts à cette fin.

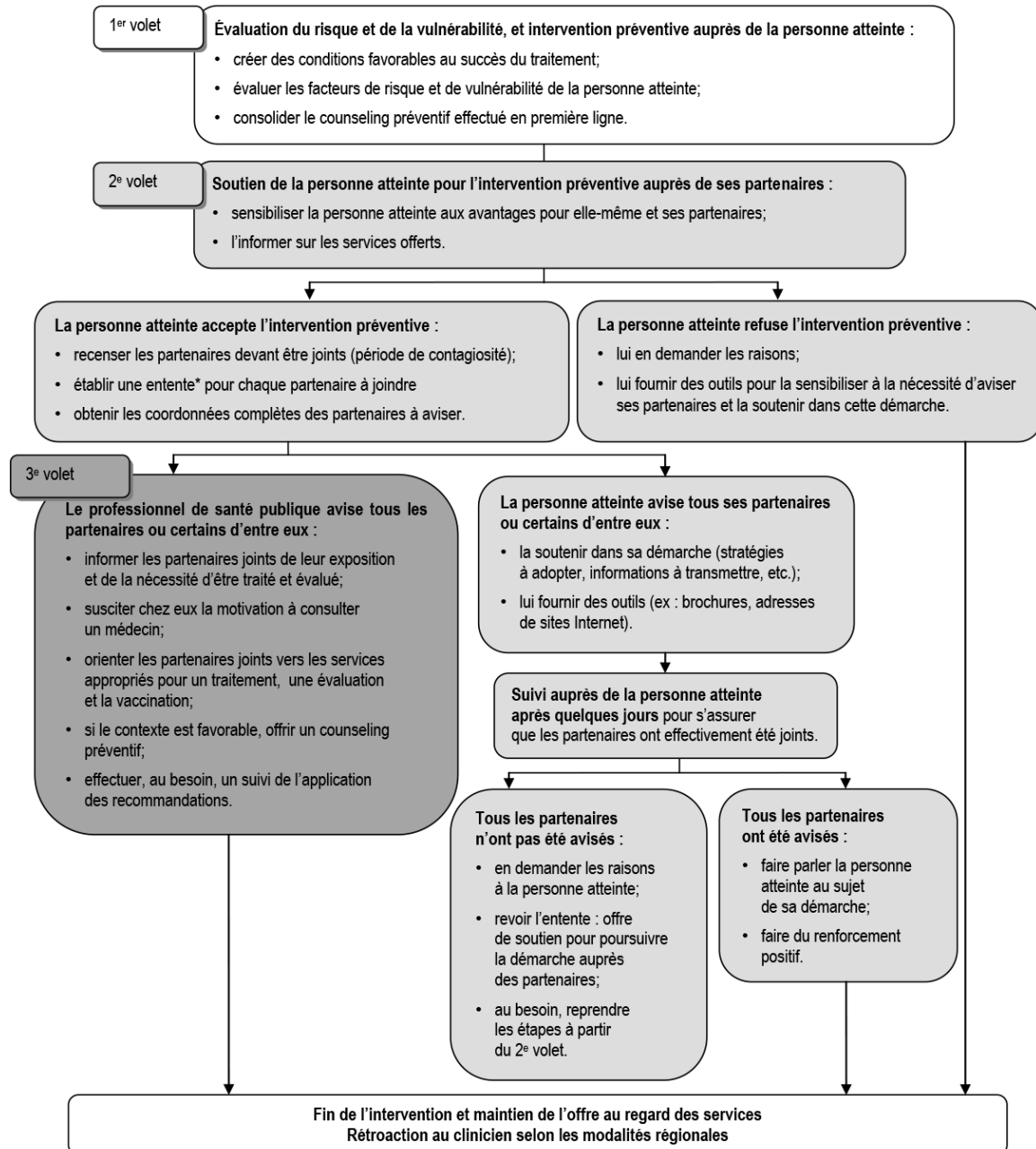
Troisième volet : La notification et l'intervention préventive auprès des partenaires

Le troisième volet vise à informer les partenaires de leur exposition à une ITS et à les motiver à consulter un professionnel de la santé en vue d'obtenir les services requis (traitement, dépistage, etc.). Les actions à mener directement auprès des partenaires d'un cas-index sont les suivantes :

- les informer de leur exposition à une ITS et de la nécessité qu'ils soient traités et évalués ;
- les faire s'exprimer à propos de leurs connaissances et perceptions sur les ITSS, en particulier sur celle qu'ils pourraient avoir contractée, et leur fournir de l'information complémentaire au besoin (ex. : envoi par courrier ou par courriel de la brochure *Entre caresses et baisers, une ITS s'est faufilée... Il faut en parler*²⁹⁵ et d'autres outils ou sources d'information) ;
- susciter leur motivation à entreprendre une démarche permettant de prévenir les complications d'une infection non traitée et de briser la chaîne de transmission ;
- les diriger vers les ressources appropriées pour :
 - un traitement épidémiologique et une évaluation clinique,
 - un dépistage,
 - la vaccination gratuite contre l'hépatite B et, si elle est indiquée, la vaccination contre l'hépatite A et les infections par le VPH ;
- si le contexte est favorable, leur offrir un counseling préventif visant à diminuer le risque de contracter ou de transmettre l'infection ;
- effectuer, au besoin, un suivi de l'application des recommandations (par exemple, lorsque l'on doute que le partenaire se présentera pour l'évaluation médicale et le traitement).

L'algorithme 1 présente l'IPPAP effectuée par le professionnel de santé publique, selon l'approche négociée.

Algorithme 1 Approche négociée pour les ITS-MADO prioritaires – IPPAP effectuée par le professionnel de santé publique



* L'entente peut inclure trois options : la personne atteinte avise tous ses partenaires, elle en avise certains et le professionnel de santé publique avise les autres ou ce dernier avise tous les partenaires de la personne atteinte.

La personne atteinte et ses partenaires peuvent ressentir de l'ambivalence par rapport à l'intervention ou aux actions proposées, y accorder plus ou moins d'importance ou se sentir plus ou moins confiants de parvenir à les mener à bien. L'efficacité de l'entretien motivationnel a été démontrée lorsqu'il s'agit de susciter chez une personne la motivation à changer ses comportements. Une attitude de collaboration, d'empathie et de respect de l'autonomie, de la part du professionnel de santé publique, peuvent favoriser le changement. L'évocation des avantages par la personne en cause est plus efficace que le discours unilatéral d'un intervenant²⁹⁶. S'inspirer de l'esprit et des principes de l'entretien motivationnel pourrait favoriser le succès de l'intervention. Les guides d'utilisation des formulaires relatifs à l'enquête épidémiologique effectuée auprès du cas-index ou du formulaire d'intervention auprès des partenaires contiennent quelques questions ouvertes inspirées de l'esprit de l'entretien motivationnel (voir les annexes 8B et 9B).

8.4.2 Les délais et le suivi^{297,298}

Délais

L'intervention auprès du cas-index gagne à être faite le plus rapidement possible après la déclaration. Réalistement, on peut fixer un délai de quelques jours. On suggère que les appels téléphoniques soient faits sur un intervalle d'une à deux semaines, à différents moments de la journée et de la soirée au besoin. S'il n'y a pas de réponse, il est recommandé d'envoyer une lettre. Les nouvelles technologies (message-texte, courriel) peuvent également être utilisées pour joindre la personne atteinte ou ses partenaires.

Des efforts supplémentaires pour intervenir rapidement et une période de temps plus longue avant de fermer le dossier du cas-index pourraient être envisagés pour :

- une personne atteinte d'une ITS pouvant entraîner un taux plus élevé de morbidité ;
- une personne ayant une condition pouvant entraîner un taux plus élevé de morbidité (par exemple, grossesse ou immunosuppression) ;
- une situation où le risque de propagation est particulièrement élevé.

De même, l'intervention auprès du partenaire gagne à se dérouler le plus rapidement possible après l'entente avec le cas-index. Il serait réaliste de fixer un délai maximum de 24 à 48 heures.

Des efforts supplémentaires visant à intervenir rapidement et une période de temps plus longue avant de fermer le dossier pourraient être envisagés pour les partenaires suivants :

- les femmes enceintes ;
- ceux et celles qui ont plusieurs autres partenaires.

Suivi

Le suivi auprès du cas-index après le délai convenu permet au professionnel de santé publique ou au professionnel de première ligne qui réalise l'IPPAP selon l'approche négociée :

- de s'informer de la démarche que le cas-index a effectué auprès de ses partenaires et de lui réitérer l'offre de soutien ;
- d'obtenir des informations additionnelles pour joindre les partenaires déjà identifiés mais non rejoints ;
- d'identifier de nouveaux partenaires ;
- d'amorcer ou de poursuivre le counseling.

Idéalement, ce suivi sera fait rapidement (après quelques jours).

Cas perdus pour le suivi²⁹⁹

Il arrive que le professionnel de santé publique ne puisse joindre une personne atteinte ou ses partenaires, malgré tous ses efforts, soit parce que le nom, le numéro de téléphone ou l'adresse de la personne sont incomplets ou incorrects, soit parce que la personne a déménagé, ne répond pas aux appels téléphoniques ou ne donne pas suite aux messages laissés par le professionnel. En outre, les ressources sont souvent restreintes et il peut être plus efficace de les affecter à d'autres cas.

Le professionnel peut alors décider qu'il a affaire à un « Cas perdu pour le suivi » après s'être assuré que des moyens raisonnables ont été mis en œuvre, au cours d'une période elle aussi raisonnable (des semaines plutôt que des jours), pour joindre la personne. L'inscription de notes à ce sujet dans le dossier du cas-index permettra de vérifier si de tels moyens ont été utilisés.

8.4.3 Revue des stratégies pour joindre, notifier et traiter

Parmi tous les moyens utilisables pour joindre un partenaire connu, le premier choix demeure la notification, en personne ou par téléphone, faite par le cas-index ou par le professionnel de santé publique. La carte de notification améliore l'efficacité de ce moyen. Rappelons que la brochure *Entre caresses et baisers, une ITS s'est faufilée... Il faut en parler*³⁰⁰ contient une carte de notification. Le professionnel peut encourager la personne atteinte à s'en servir. L'annexe 14 consiste en un guide d'utilisation de la brochure et de la carte de notification.

D'autres stratégies ont été décrites, avec leurs limites, leurs avantages et leurs inconvénients, à la section 6.4, « Les stratégies pour joindre, notifier et traiter ». Rappelons ici, en résumé, que la notification par courriel, par lettre, par message texte ou par l'entremise des médias sociaux est utile dans des situations particulières.

Le courriel et les messages textes peuvent être fort utiles aussi pour entrer en contact avec le partenaire sans faire la notification en tant que telle. Des modèles de lettres et de courriels sont présentés à l'annexe 10 (voir plus particulièrement la section « Invitation à communiquer avec un professionnel de santé publique : personne infectée ou partenaire »).

Par ailleurs, il faut tenir compte des limites des systèmes de messagerie actuels, qui ne peuvent généralement pas garantir la confidentialité ni même l'intégrité du contenu des messages transmis ou reçus. Ce mode de communication laisse plusieurs traces dans les systèmes informatiques où circule l'information. Ainsi, une copie du courriel peut se retrouver dans plusieurs serveurs, notamment ceux des fournisseurs de services

Internet des correspondants. Certaines méthodes de chiffrement permettent toutefois d'améliorer la sécurité des transmissions électroniques. De plus, les systèmes courants de communication électronique permettent rarement de confirmer l'authenticité de la provenance d'un message ou l'identité de son expéditeur³⁰¹.

8.4.4 Collaboration avec les cliniciens et les intervenants de première ligne

L'IPPAP nécessite une collaboration avec des cliniciens et des intervenants de première ligne. De façon générale, les attentes envers les cliniciens sont les suivantes :

- déclarer les cas ;
- fournir les renseignements cliniques demandés par la santé publique pour valider chaque cas ;
- collaborer à la collecte de renseignements additionnels lorsque cela s'avère nécessaire ;
- effectuer l'IPPAP (approche passive) pour les cas non prioritaires ;
- collaborer à la démarche de santé publique prévue pour les cas prioritaires en informant les patients qu'ils seront joints par la santé publique ou en s'engageant à effectuer l'IPPAP selon l'approche négociée, ce qui implique de participer à une formation appropriée et de fournir, au besoin, l'information sur l'intervention faite.

Pour favoriser leur collaboration, plusieurs actions sont proposées :

- informer les cliniciens sur les ITS prioritaires ;
- informer les cliniciens sur l'ensemble des services offerts par la santé publique au regard des ITSS ;
- soutenir les cliniciens pour qu'ils effectuent l'IPPAP selon l'approche passive, soutien qui passe par :
 - de la formation,
 - de la documentation (outils d'aide à la pratique^a, brochures à remettre à leurs patients),
 - d'autres stratégies et outils favorisant l'intégration de la prévention dans la pratique clinique³⁰², selon une approche multifacettes (offre de soutien liée aux pratiques cliniques préventives) ;
- conclure une entente avec les médecins qui préfèrent que l'IPPAP selon l'approche négociée auprès de leurs patients qui sont des cas prioritaires s'effectue par un professionnel de leur équipe clinique et non pas par un professionnel de santé publique ;
- informer les cliniciens en retour sur les interventions de santé publique menées auprès de leurs patients.

a. *Les partenaires sexuels, il faut s'en occuper ! Aide-mémoire court à l'intention des professionnels de la santé*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2011, 3 p. et AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA, *Lignes directrices canadiennes sur les ITS*, mises à jour de 2012, Ottawa, Agence de la santé publique du Canada, 2008.

L'annexe 10 contient :

- un modèle de lettre d'information sur l'intervention préventive effectuée par la direction régionale de santé publique pour les cas prioritaires ;
- des modèles de lettre d'information s'adressant aux cliniciens, aux cas-index ou à leurs partenaires ;
- un modèle d'entente préalable, pouvant être annexée à la lettre d'information, par laquelle le médecin s'engage à obtenir les renseignements requis pour l'enquête épidémiologique, à effectuer l'IPPAP selon l'approche négociée et à transmettre ces renseignements à la DRSP. Le modèle indique les actions attendues de ce médecin, soit : soutenir le cas-index pour qu'il informe ses partenaires, mettre en place les moyens pour que les partenaires que le cas-index n'est pas en mesure de joindre lui-même soient avisés et faire un suivi auprès du cas-index pour s'assurer qu'il a avisé ses partenaires^a ;
- un formulaire servant à la collecte de renseignements pour compléter l'enquête épidémiologique et pour documenter l'IPPAP effectuée en milieu clinique.

Par ailleurs, l'Institut national de santé publique du Québec propose, dans le cadre de ses programmes nationaux de formation destinés aux cliniciens :

- une formation de base sur les ITSS, qui inclut l'IPPAP selon l'approche passive ;
- une activité de formation médicale continue intitulée *Atelier interactif sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) : mieux prévenir et mieux traiter*.

Enfin, différents outils sont disponibles :

- des outils d'aide à la pratique tels que le Tableau sur les partenaires à joindre en fonction de la période de contagiosité (voir l'annexe 11) ;
- la brochure *Entre caresses et baisers, une ITS s'est faufilée... Il faut en parler*³⁰³ ;
- la liste des ressources disponibles dans la région, etc.

Chaque médecin a la possibilité de communiquer avec la DRSP lorsqu'il le juge opportun. Les façons de procéder peuvent toutefois différer d'une région à l'autre.

8.4.5 Modalités d'intervention proposées

Pour les cas prioritaires

À moins d'une entente préalable stipulant le contraire, le professionnel de santé publique communique avec :

- toutes les personnes atteintes par une ITS-MADO prioritaire pour effectuer l'enquête épidémiologique, incluant l'IPPAP selon l'approche négociée ;
- les cliniciens pour valider les cas (principalement pour la syphilis et la LGV), pour obtenir des renseignements essentiels non transmis au moment de la déclaration

a. L'intervention préventive visant la notification des partenaires est incluse dans les activités pour lesquelles le médecin omnipraticien peut être rémunéré en cabinet, sous le code d'acte 15230, ou en CSSS, s'il est rémunéré selon les modes de rémunération à honoraires fixes ou à tarif horaire.

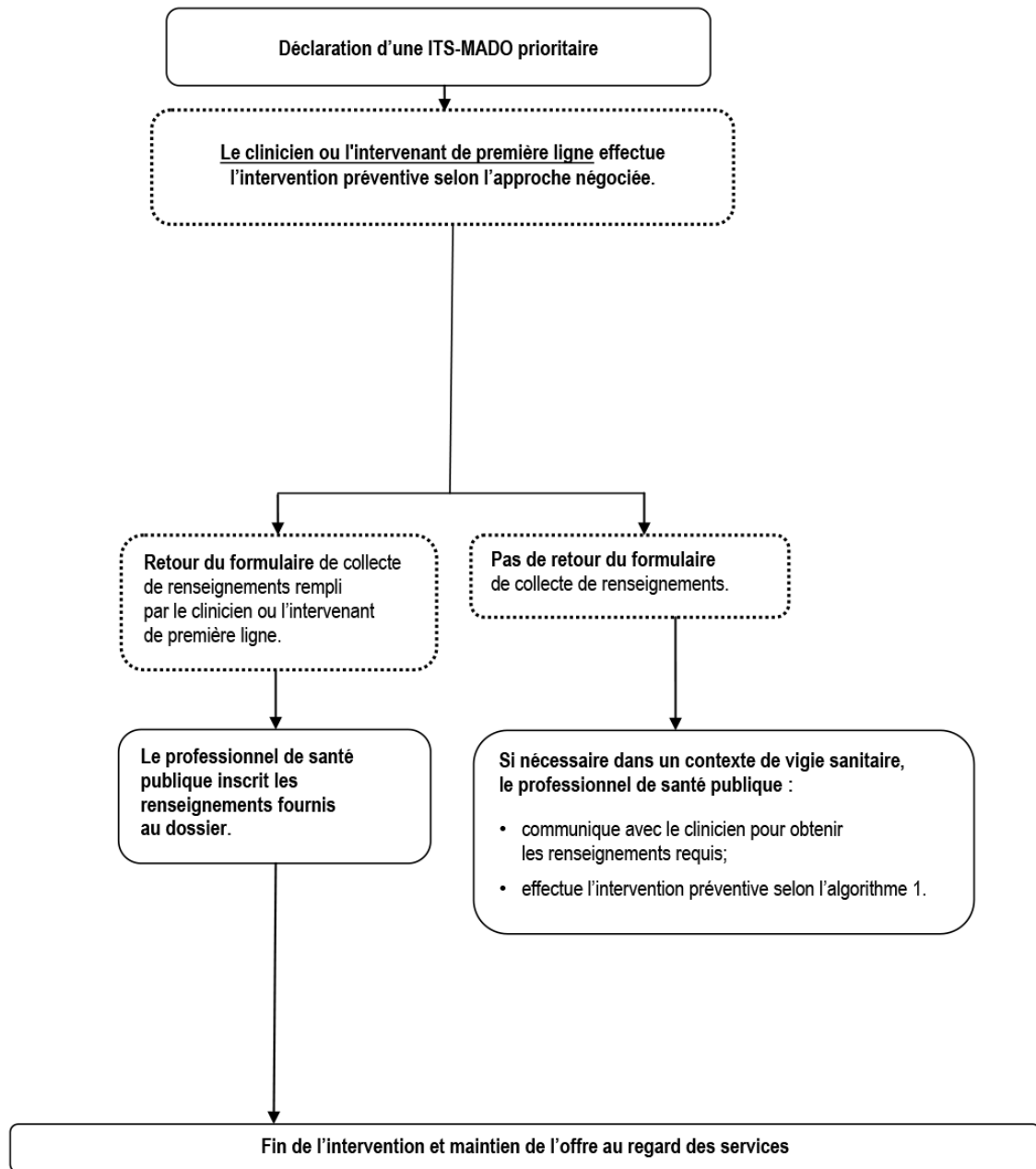
du cas (par exemple, les coordonnées de la personne atteinte) ou lorsque la situation épidémiologique le justifie (par exemple, la DRSP peut demander la collaboration des cliniciens à une vigie intensifiée dans le contexte (ou lors) d'une éclosion).

Même si une entente préalable est établie entre le médecin et la DRSP pour que celui-ci effectue l'IPPAP selon l'approche négociée, le professionnel de santé publique pourra, dans certaines circonstances, communiquer directement avec le cas-index, par exemple :

- lorsque la situation épidémiologique le justifie (ex. : contexte d'éclosion) ;
- lorsque, de l'avis du professionnel de santé publique, la situation du cas-index ou de l'un de ses partenaires l'exige.

L'algorithme 2 présente les démarches que le professionnel de santé publique effectue auprès des cliniciens et des intervenants de première ligne qui ont signé une entente préalable concernant l'IPPAP selon l'approche négociée.

Algorithme 2 Approche négociée pour les ITS-MADO prioritaires – Démarches du professionnel de santé publique auprès du clinicien et de l'intervenant de première ligne qui effectue l'IPPAP



..... Intervention effectuée par un clinicien ou un intervenant de santé de première ligne.

—— Intervention effectuée par un professionnel de santé publique.

Dans l'éventualité où un clinicien ne procéderait pas à l'intervention préventive ou ne transmettrait pas à la DRSP les renseignements jugés essentiels, le professionnel de santé publique peut communiquer avec lui pour en connaître les raisons. Si nécessaire, le clinicien sera informé qu'en vertu des dispositions de la Loi sur la santé publique³⁰⁴ (art. 96 et 100), le directeur de santé publique pourrait intervenir directement auprès du cas-index. Une telle démarche ne devrait cependant être entreprise qu'après avoir considéré à la fois les risques liés au fait de retarder l'intervention préventive et les conséquences possibles de cette démarche sur la relation établie entre le clinicien et son patient.

Pour les cas autres que prioritaires

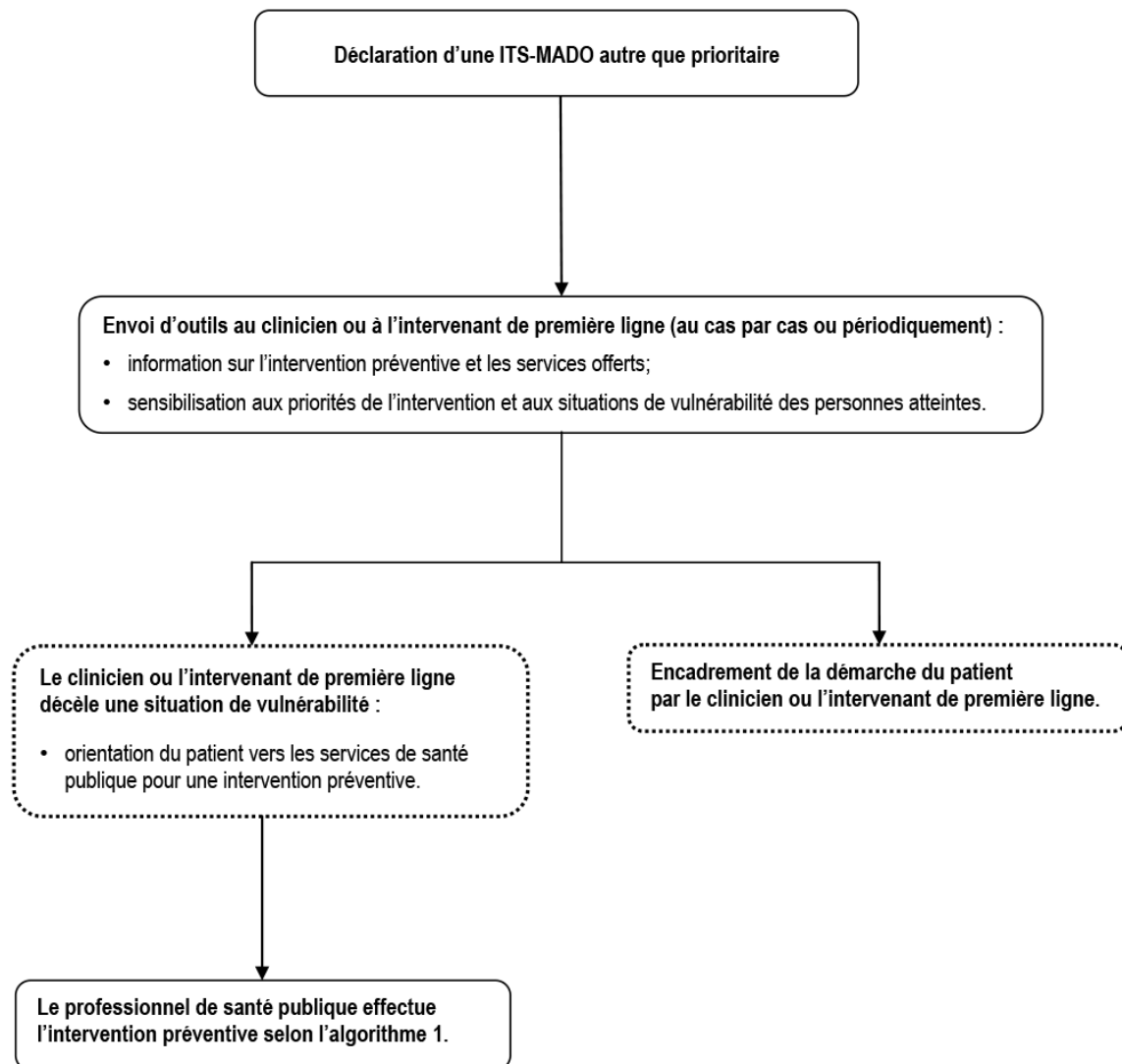
Généralement, la DRSP soutiendra les cliniciens et les intervenants de première ligne de son territoire pour qu'ils effectuent l'IPPAP selon l'approche passive auprès des cas qui ne sont pas prioritaires.

Par ailleurs, les cliniciens ont toujours la possibilité de diriger vers les professionnels de santé publique toute personne qui peut être considérée comme un cas prioritaire, même si les renseignements fournis à l'occasion de la déclaration ne permettent pas de détecter les facteurs de vulnérabilité qui l'affectent.

Le clinicien pourrait être appelé à fournir à un professionnel de la santé publique certains des renseignements qu'exige l'enquête épidémiologique, notamment en ce qui a trait aux aspects cliniques (aux fins de la validation du cas).

L'algorithme 3 présente le soutien à offrir aux cliniciens et aux intervenants de première ligne pour qu'ils réalisent l'IPPAP selon l'approche passive.

Algorithme 3 Approche passive pour les ITS-MADO autres que prioritaires – Soutien aux cliniciens et aux intervenants de première ligne



..... Intervention effectuée par un clinicien ou un intervenant de santé de première ligne.

— Intervention effectuée par un professionnel de santé publique.

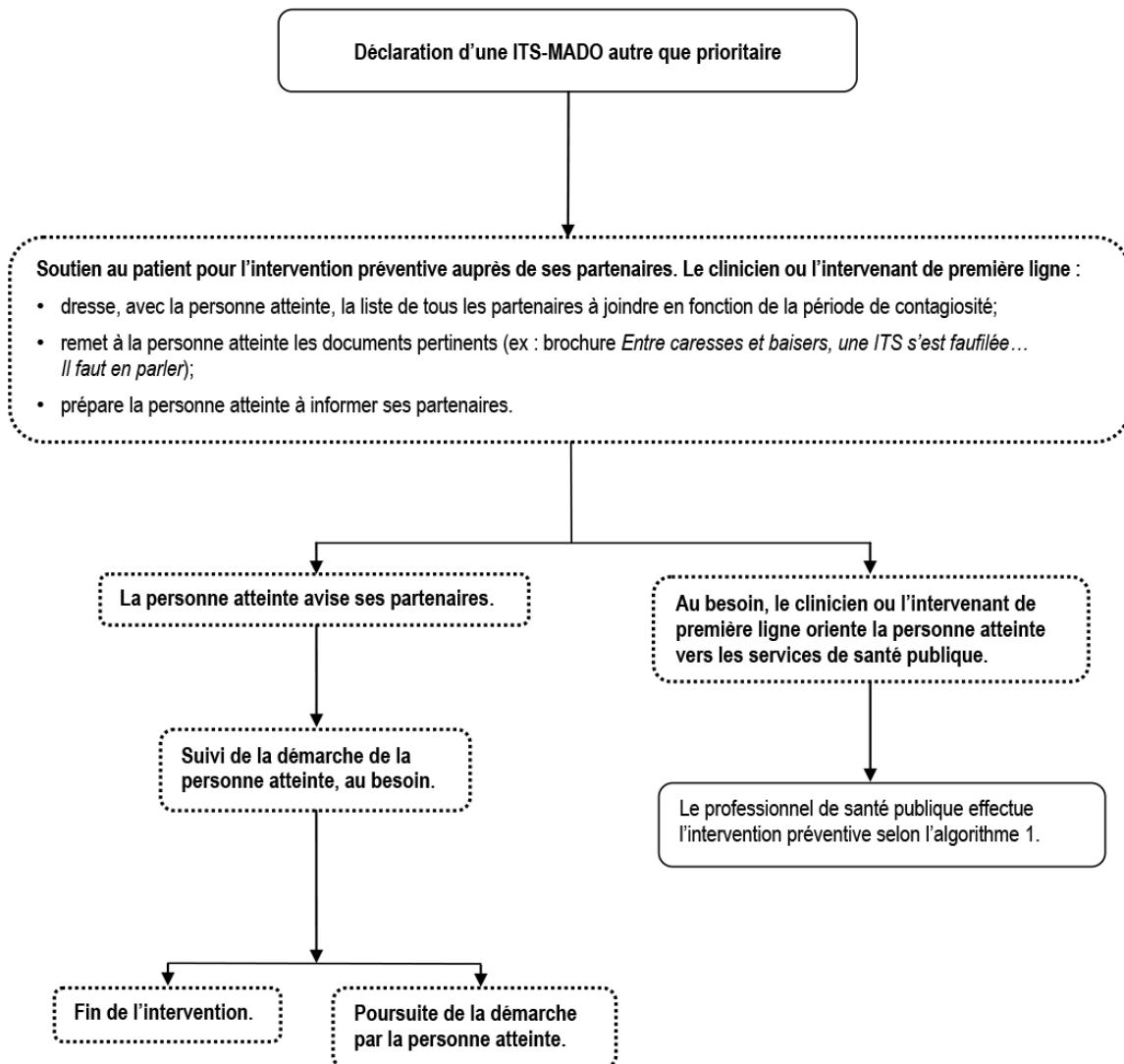
L'IPPAP selon l'approche passive fait partie du counseling post-test. Concrètement, il ne suffit pas de recommander à la personne atteinte d'une ITS d'aviser ses partenaires. Quand un clinicien ou un intervenant de première ligne effectue l'IPPAP selon cette approche, il doit encadrer la démarche de la personne atteinte auprès de ses partenaires. Plus précisément, cela suppose :

- qu'il dresse avec elle la liste de tous les partenaires à joindre en fonction de la période de contagiosité propre à chaque infection ;

- qu'il lui remette les documents pertinents ;
- qu'il la prépare à informer ses partenaires ;
- qu'au besoin, si un suivi clinique est prévu, il s'informe du résultat de la démarche en question.

L'algorithme 4 présente l'approche passive pour les ITS-MADO autres que prioritaires – IPPAP effectuée par le clinicien ou l'intervenant de première ligne.

Algorithme 4 Approche passive pour les ITS-MADO autres que prioritaires – IPPAP effectuée par le clinicien ou l'intervenant de première ligne



..... Intervention effectuée par un clinicien ou un intervenant de santé de première ligne.

—— Intervention effectuée par un professionnel de santé publique.

8.4.6 Demandes de soutien

Les façons dont le professionnel de santé publique apportera son soutien, dans le cadre d'une intervention préventive, diffèrent selon que celle-ci découle :

- d'une déclaration d'ITS-MADO – la situation la plus fréquente ;
- de la demande d'un clinicien ;
- de la demande d'une personne atteinte ;
- d'une demande venant de l'extérieur de la région.

Une demande de soutien venant d'un clinicien

Un clinicien peut demander à un professionnel de santé publique d'effectuer une intervention préventive auprès de l'un de ses patients ou auprès des partenaires de ce dernier. Le suivi d'une telle demande variera selon le type de cas :

- pour toute demande relative à un cas prioritaire, l'intervention préventive devrait être offerte selon l'approche négociée ;
- pour les autres cas d'ITS^a, la demande devrait être analysée et le suivi à lui accorder tiendra compte de divers facteurs tels que la situation du cas-index, les risques appréhendés pour ses partenaires et les ressources disponibles. Si une démarche est entreprise par un professionnel de santé publique, celui-ci s'assurera que le cas-index a été informé de la demande du clinicien. Le professionnel de santé publique pourra noter tout renseignement déjà connu du clinicien (conditions de vie du cas-index, facteurs de vulnérabilité, critères cliniques, démarches déjà entreprises auprès des partenaires, etc.) ;
- si le cas-index ou le partenaire refuse le soutien offert par le professionnel de santé publique, ce dernier lui indiquera qu'il pourra le joindre ultérieurement s'il le désire et lui fera parvenir des outils pouvant répondre à ses besoins ;
- le professionnel de santé publique devrait communiquer avec le clinicien auteur de la demande afin de l'informer des actions qui ont pu être menées. Dans l'éventualité où le cas-index aurait refusé l'intervention auprès de ses partenaires, le professionnel de santé publique devrait inciter le médecin à faire valoir auprès de son patient l'importance de cette démarche.

Une demande de soutien venant d'une personne atteinte d'une ITS

La situation se présente rarement, mais il peut arriver qu'une personne atteinte d'une ITS-MADO^b demande elle-même à la DRSP de l'aider dans sa démarche pour informer ses partenaires. Dès lors, il est essentiel de procéder à la validation du diagnostic afin d'éviter des interventions non justifiées qui pourraient être préjudiciables à des tiers.

Selon les modalités établies dans la région, la DRSP pourra valider le diagnostic soit en consultant le fichier MADO, soit en communiquant avec le laboratoire qui a fait l'analyse ou avec le clinicien.

a. Même si l'infection par le VIH n'est pas une MADO (sauf si la personne infectée a donné ou reçu du sang, des produits sanguins, des organes ou des tissus), la direction régionale de santé publique pourra répondre à des demandes relatives à l'intervention préventive auprès des partenaires de personnes infectées par le VIH. La pertinence et l'efficacité de cette intervention sont démontrées. Un outil pour soutenir l'intervention préventive auprès des personnes infectées par le VIH et auprès de leurs partenaires sera produit par le MSSS, en collaboration avec les DRSP.

b. Voir la note précédente.

Une fois le diagnostic validé, la DRSP pourrait intervenir auprès du cas-index et auprès de ses partenaires ou les diriger vers un organisme désigné.

Si le diagnostic n'est pas validé, le professionnel de santé publique ne procédera à aucune intervention préventive auprès des partenaires. La personne qui a sollicité le service pourra demander à son médecin traitant de communiquer avec la DRSP afin de clarifier la situation. Si le diagnostic est alors validé, une nouvelle demande de soutien pourra être présentée.

Une demande de soutien venant de l'extérieur de la région

La demande de service peut venir d'une direction régionale de santé publique ou d'un clinicien d'une autre région du Québec, ou même d'une autre province canadienne.

Selon la nature de la demande, l'intervention pourra consister soit à communiquer avec un cas-index qui réside dans la région (mais qui a reçu son diagnostic ailleurs), en vue de lui offrir du soutien, soit à consolider une intervention préventive amorcée à l'extérieur de la région en joignant un ou plusieurs partenaires qui demeurent dans la région. Dans tous ces cas de figure, le demandeur devra être informé de la suite des choses.

S'il s'agit d'un cas-index qui réside dans la région et qui a obtenu son diagnostic ailleurs au Québec, l'intervention se déroulera selon les priorités établies par la région.

S'il s'agit d'un cas-index qui réside dans la région et qui a obtenu son diagnostic dans une autre province, il faut d'abord s'assurer que l'information transmise émane d'un organisme reconnu et que, par conséquent, les renseignements peuvent être considérés comme valides. Le cas échéant, le soutien pourra être offert directement au cas-index, sans tentative de communication préalable avec le médecin traitant. Quant à l'intervention préventive, elle se déroulera selon les priorités établies pour le Québec et pour la région.

S'il s'agit d'un ou de plusieurs partenaires qui résident dans la région alors que le cas-index vit à l'extérieur, des moyens raisonnables pourront être mis en œuvre pour joindre le ou les partenaires concernés, dans la mesure où les renseignements nécessaires auront été fournis par un organisme reconnu.

L'annexe 12 présente une vue d'ensemble des modalités proposées selon les ententes et l'origine des demandes.

8.5 La saisie, le traitement et l'analyse des renseignements

8.5.1 *Les renseignements colligés dans le Fichier central des maladies à déclaration obligatoire (fichier MADO)*

Les renseignements que doivent fournir le médecin ou le dirigeant d'un laboratoire dans le cadre d'une déclaration sont indiqués à la sous-section 9.1, « Les dispositions de la Loi sur la santé publique relatives aux infections transmissibles sexuellement et par le sang ».

Pour les cas déclarés répondant aux critères des définitions nosologiques, certains renseignements recueillis à partir des déclarations sont saisis dans le fichier MADO. Le

*Guide de saisie des données du registre central des maladies à déclaration obligatoire*³⁰⁵ donne les consignes à cet effet.

Comme la vigie repose sur l'analyse des renseignements colligés dans le fichier MADO, la qualité de la vigie de base sera fonction de la rapidité de la saisie des données ainsi que de l'exhaustivité et de l'exactitude des renseignements. La conciliation de ces trois critères de qualité impose que la saisie ne puisse pas toujours être faite en une seule étape. Ainsi, les informations minimales seront saisies dès la réception de la déclaration et les autres informations, ajoutées au fur et à mesure qu'elles auront été obtenues et vérifiées.

La Direction des ressources informationnelles de l'Institut national de santé publique du Québec gère actuellement le fichier MADO. Plusieurs mesures sont prévues pour protéger la confidentialité des données du fichier. L'Institut doit notamment se conformer aux exigences de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels et à celles des règles établies par la Commission d'accès à l'information du Québec.

Par ailleurs :

- toutes les personnes participant à la surveillance des MADO sont tenues de préserver la confidentialité des données traitées ;
- les données nominatives ne sont accessibles qu'aux seuls professionnels habilités par le directeur de santé publique ;
- les données nominatives ne sont pas accessibles aux fins des analyses de niveau provincial (celles-ci sont faites uniquement à partir d'un fichier dépersonnalisé, c'est-à-dire dont les données nominatives ont été soustraites) ;
- les rapports d'analyse comportent des données agrégées seulement.

8.5.2 Les renseignements supplémentaires recueillis au cours des enquêtes épidémiologiques

En plus des informations fournies au moment de la déclaration, plusieurs autres sont recueillies pendant l'enquête épidémiologique, notamment :

- des informations cliniques (sur les symptômes, le traitement, le profil de sensibilité aux antibiotiques et le suivi, par exemple) ;
- des informations sur les facteurs de risque ou le contexte de l'acquisition ;
- des informations diverses (sur l'immunisation, entre autres).

Outre ceux que la Loi oblige à fournir au moment de la déclaration, d'autres renseignements peuvent être saisis dans le fichier MADO, selon le *Guide de saisie des données du registre central des maladies à déclaration obligatoire*³⁰⁶, notamment :

- l'acquisition d'une infection hors Québec ;
- le pays ou le continent d'exposition ;
- l'évolution de la maladie ;

- les résultats de laboratoire (incluant le profil de sensibilité pour *Neisseria gonorrhoeae*).

Actuellement, inclure tous les renseignements recueillis au cours des enquêtes épidémiologiques dans le fichier MADO est difficilement réalisable. Des modalités visant à faciliter l'utilisation des renseignements et à assurer la vigie sanitaire ont été mises en place, tant au niveau régional qu'au niveau provincial :

- dans certaines régions, on a ajouté des champs dans les écrans de saisie, mais les informations inscrites sont accessibles au niveau régional mais pas au niveau provincial ;
- dans certaines régions, on a constitué une banque de données parallèle qui est accessible uniquement au niveau régional ;
- des démarches relatives à une vigie intensifiée ont été entreprises au cours des dernières années, consécutivement à des situations considérées comme des menaces pour la santé telles que le développement de la résistance aux antibiotiques utilisés pour le traitement de l'infection gonococcique, la résurgence de la syphilis infectieuse et l'émergence de la LGV. Après discussion avec la Table de concertation nationale en maladies infectieuses, un rehaussement des enquêtes épidémiologiques et une compilation nationale de certains indicateurs ont été effectués afin de mieux orienter les efforts pour limiter la propagation ou l'aggravation des phénomènes émergents.

Dossier relatif à l'intervention

Toute enquête suppose la constitution d'un dossier. Dans le contexte de l'enquête épidémiologique effectuée après la déclaration d'une ITS-MADO, la constitution du dossier relatif à l'intervention consiste à consigner, dans le dossier de la personne atteinte, une information pertinente, exacte et complète, les actions planifiées et menées ainsi que les résultats obtenus. Outre qu'elle soutient la pratique professionnelle, cette façon de procéder contribue à la continuité des services et à l'amélioration continue de la qualité.

La création du dossier relatif à l'intervention est inhérent à la pratique de tout professionnel. Plusieurs lois et règlements en vigueur au Québec fixent les règles à suivre quant à la tenue du dossier, à l'exactitude de l'information qui y est consignée, à la confidentialité de cette information et à l'accès au dossier. Les formulaires proposés (annexe 8A et 9A) peuvent servir de base au dossier.

8.5.3 L'analyse et la diffusion des données relatives à la vigie sanitaire

Le ministère de la Santé et des Services sociaux compile les données du fichier MADO sur les infections transmissibles sexuellement et produit un rapport périodiquement³⁰⁷. Afin de suivre l'épidémiologie des ITS et de détecter précocement les situations de potentielles éclosions, le Bureau de surveillance et de vigie de la Direction de la protection de la santé publique du Ministère^a examine périodiquement les données du fichier MADO. De plus, le Bureau transmet aux autorités régionales un rapport

a. Avec la collaboration du Service de lutte contre les ITSS de la Direction du développement des individus et de l'environnement social.

électronique hebdomadaire portant sur l'ensemble des maladies à déclaration obligatoire, incluant les ITS-MADO.

De leur côté, les directions régionales de santé publique sont responsables d'effectuer une vigie sanitaire à partir des données sur les MADO de leur région et des autres informations recueillies dans le cadre des enquêtes épidémiologiques, de tracer un portrait de l'état de santé de la population du territoire et de transmettre l'information pertinente à leurs partenaires.

8.5.4 Les limites de la surveillance des maladies à déclaration obligatoire

Il est reconnu que les données issues d'un système de surveillance des maladies à déclaration obligatoire restent en deçà de la réalité, et ce, pour deux raisons :

- la déclaration est essentiellement basée sur les résultats de tests de laboratoire et comme les ITS sont la plupart du temps asymptomatiques ou provoquent des symptômes relativement discrets, plusieurs personnes atteintes ne consultent pas de médecin, avec pour conséquence que leur infection n'est ni détectée ni déclarée ;
- certaines des personnes atteintes qui ont consulté un médecin peuvent ne pas avoir vu leur infection être confirmée par un test de laboratoire, soit que le test n'ait pas été effectué (diagnostic sur une base clinique) ou que le résultat du test ait été faussement négatif. Ces cas ne sont habituellement pas déclarés et, même s'ils l'étaient sur une base clinique, ils ne répondent souvent pas aux définitions nosologiques et, au Québec, ils ne sont donc pas inscrits dans le fichier MADO.

Les définitions nosologiques, présentées à l'annexe 7, sont conçues pour assurer non seulement une sensibilité suffisante (recenser les cas infectés) mais aussi une bonne spécificité (ne pas inclure des personnes qui ne sont pas atteintes). Théoriquement, tous les cas inscrits dans le fichier MADO doivent respecter les critères des définitions nosologiques. C'est là la première condition pour assurer la qualité de la surveillance des ITS à déclaration obligatoire. Compte tenu de la complexité de certaines définitions nosologiques, il demeure possible que certains cas soient mal classifiés dans le fichier MADO.

Le fichier MADO contient aussi des informations qui permettent de mieux caractériser la situation épidémiologique de certaines infections ; on peut penser ici à la détection d'une résistance à un antibiotique (ce qui fut le cas pour l'infection gonococcique). Ces informations doivent aussi être validées. Il peut arriver que la déclaration soit acheminée à la DRSP avant que les résultats finaux du Laboratoire de santé publique du Québec ne soient disponibles. La mise à jour des informations saisies dans le fichier MADO est alors essentielle.

Ainsi, la validité du fichier MADO dépend de la vérification et de la mise à jour des informations qui y sont inscrites.

9 LE CADRE JURIDIQUE ET ÉTHIQUE

La présente section traite d'abord des dispositions de la Loi sur la santé publique relatives aux ITSS. Viennent ensuite les pouvoirs et les responsabilités des acteurs en vertu des lois. Enfin, elle traite des dimensions éthiques et des principes guidant l'intervention.

9.1 Les dispositions de la Loi sur la santé publique relatives aux infections transmissibles sexuellement et par le sang

Les activités de vigie sont encadrées par la Loi sur la santé publique³⁰⁸ et ses règlements d'application.

La Loi édicte des mesures visant « à permettre aux autorités de santé publique d'exercer une vigie sanitaire au sein de la population et à leur donner les pouvoirs pour intervenir lorsque la santé de la population est menacée^a ». La menace est définie comme suit : « [...] on entend par une menace à la santé de la population la présence au sein de celle-ci d'un agent biologique, chimique ou physique susceptible de causer une épidémie si la présence de cet agent n'est pas contrôlée^b. »

Le règlement d'application de la loi énonce les critères que le ministre doit respecter quand il dresse la liste des maladies à déclaration obligatoire^c. Pour être inscrite sur cette liste, une maladie doit :

- 1° représenter un risque de survenue d'autres cas au sein de la population [...] ;
- 2° être médicalement reconnue comme une menace à la santé de la population, telle que définie à l'article 2 de la Loi, qui peut entraîner des problèmes de santé importants pour les personnes atteintes ;
- 3° nécessiter une vigilance des autorités de santé publique ou la tenue d'une enquête épidémiologique ;
- 4° disposer à leur égard d'un pouvoir d'intervention des autorités de santé publique ou d'autres autorités afin de prévenir l'apparition d'autres cas, de contrôler une éclosion ou de limiter l'ampleur d'une épidémie, soit par des moyens médicaux, soit par d'autres moyens.

Les maladies à déclaration obligatoire

La Loi sur la santé publique édicte des obligations relativement à la déclaration de certaines maladies infectieuses. Ces obligations sont précisées dans le Règlement ministériel d'application de la Loi sur la santé publique, lequel prescrit, de plus, des mesures pour la surveillance de l'infection par le VIH et la surveillance du sida.

Les obligations relatives à la déclaration de certaines maladies sont formulées ainsi dans la Loi sur la santé publique :

Le ministre dresse, par règlement, une liste des intoxications, des infections et des maladies qui doivent faire l'objet d'une déclaration au directeur de santé publique du territoire et, dans certains cas prévus au règlement, au directeur national de santé publique ou à l'un et l'autre. [art. 79]

Ne peuvent être inscrites à cette liste que des intoxications, des infections ou des maladies médicalement reconnues comme pouvant constituer une menace à la santé d'une population et nécessitant une

a. Loi sur la santé publique (chap. S-2.2, art. 2).

b. *Ibid.*

c. Règlement d'application de la Loi sur la santé publique (chap. S-2.2, r. 1, art. 2).

vigilance des autorités de santé publique ou la tenue d'une enquête épidémiologique. [art. 80]

La déclaration doit indiquer le nom et l'adresse de la personne atteinte et tous les autres renseignements, personnels ou non, prescrits par règlement du ministre. Elle doit être transmise de la manière, dans la forme et dans les délais qu'indique le règlement. [art. 81]

Sont tenus de faire cette déclaration, dans les cas prévus au règlement du ministre :

1° tout médecin qui diagnostique une intoxication, une infection ou une maladie inscrite à la liste ou qui constate la présence de signes cliniques caractéristiques de l'une de ces intoxications, infections ou maladies, chez une personne vivante ou décédée ;

2° tout dirigeant d'un laboratoire ou d'un département de biologie médicale, privé ou public, lorsqu'une analyse de laboratoire faite dans le laboratoire ou le département qu'il dirige démontre la présence de l'une de ces intoxications, infections ou maladies. [art. 82]

Ainsi, les médecins et les dirigeants de laboratoire ont l'obligation de déclarer les MADO aux directeurs régionaux de santé publique.

En vertu du Règlement ministériel d'application de la Loi sur la santé publique³⁰⁹, les ITSS qui doivent être déclarées par le médecin sont les suivantes :

- le chancre mou ;
- le granulome inguinal ;
- l'hépatite virale ;
- l'infection à *Chlamydia trachomatis* ;
- l'infection gonococcique ;
- la lymphogranulomatose vénérienne ;
- la syphilis ;
- l'infection par le VIH (seulement si la personne atteinte a donné du sang, des organes ou des tissus, ou si elle a reçu du sang, des produits sanguins, des organes ou des tissus) ;
- le sida (seulement si la personne atteinte a donné du sang, des organes ou des tissus, ou si elle a reçu du sang, des produits sanguins, des organes ou des tissus)^a.

La déclaration doit être datée, signée et transmise par écrit, dans les 48 heures, au directeur de santé publique du territoire.

La déclaration de ces MADO, sauf l'infection par le VIH et le sida, doit aussi être acheminée au directeur de santé publique du territoire par le dirigeant du laboratoire qui a procédé à l'analyse.

a. Dans les autres cas, le VIH et le sida font l'objet d'une collecte obligatoire de renseignements épidémiologiques à des fins de surveillance continue de l'état de santé de la population.

Le Règlement ministériel d'application^a stipule que le médecin qui fait une déclaration doit fournir les renseignements suivants :

- le nom de l'intoxication, de l'infection ou de la maladie qu'il déclare ;
- le nom, le sexe, l'occupation, la date de naissance, l'adresse – incluant le code postal –, le numéro de téléphone et le numéro d'assurance maladie de la personne atteinte ;
- la date du début de la maladie ;
- s'il a effectué des prélèvements pour analyse en laboratoire, la date de ces prélèvements et le nom des laboratoires qui procéderont aux analyses ;
- son nom, son numéro de permis d'exercice et les numéros de téléphone où il peut être joint ;
- dans le cas d'une déclaration d'hépatite virale [...], de syphilis, [...], ou d'une déclaration faite en vertu de l'article 4, les informations sur les dons de sang, d'organes ou de tissus faits par la personne atteinte et les informations sur le sang, les produits sanguins, les organes ou les tissus reçus par la personne atteinte ;
- dans le cas d'une déclaration de syphilis, si celle-ci est primaire, secondaire, latente de moins ou de plus d'un an, congénitale, tertiaire ou d'une autre forme.

Le Règlement ministériel d'application^b stipule que le dirigeant d'un laboratoire ou d'un département de biologie médicale qui fait une déclaration doit fournir les renseignements suivants :

- le nom de l'intoxication, de l'infection ou de la maladie pour laquelle il déclare un résultat d'analyse positif ;
- le type de prélèvement, y compris le site où il a été prélevé, la date où il a été effectué, les analyses effectuées et les résultats obtenus ;
- le nom et le numéro du permis d'exercice du professionnel de la santé qui a demandé les analyses ;
- le nom, le sexe, la date de naissance, l'adresse – incluant le code postal –, le numéro de téléphone et le numéro d'assurance maladie de la personne sur qui on a effectué le prélèvement ;
- le nom du laboratoire ou du département de biologie médicale, son adresse, le nom de la personne qui signe la déclaration et les numéros de téléphone où elle peut être jointe.

La déclaration d'une MADO peut être faite à l'aide des formulaires AS-770 (à l'usage des cliniciens) ou AS-772 (à l'usage des laboratoires) qui peuvent être obtenus auprès de la direction régionale de santé publique et qui sont accessibles sur le site Web du ministère de la santé et des Services sociaux (MSSS), à l'adresse suivante : www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/mado.php.

a. Règlement ministériel d'application de la Loi sur la santé publique (chap. S-2.2, r. 2, art. 6).

b. Règlement ministériel d'application de la Loi sur la santé publique (chap. S-2.2, r. 2, art. 7).

Des renseignements supplémentaires sur les MADO et sur les maladies soumises à une collecte obligatoire de renseignements épidémiologiques à des fins de surveillance continue de l'état de santé de la population peuvent être obtenus sur le site Web du MSSS, à l'adresse suivante : <http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/mado.php>.

Le signalement

Un médecin qui soupçonne une menace à la santé de la population doit en aviser le directeur de santé publique du territoire (Loi sur la santé publique, art. 93). Depuis 2009, seul un médecin peut signaler « une menace [...] provenant d'un agent biologique sexuellement transmissible^a » (Loi sur la santé publique, art. 95).

Un comité de travail provincial, qui relève de la Table de concertation nationale en maladies infectieuses, a été formé en 2010 afin de déterminer le soutien que les directions régionales de santé publique doivent offrir à la suite du signalement d'une menace posée par un agent biologique sexuellement transmissible. Le comité fera des recommandations sur les situations où un signalement devrait être retenu, le type d'intervention à mener, les ressources (matérielles, humaines, etc.) à déployer et les outils dont les directions régionales de santé publique devront disposer.

9.2 Les pouvoirs et les responsabilités des acteurs en vertu des lois

La législation précise les pouvoirs, les devoirs et les responsabilités des acteurs concernés par la déclaration des ITS-MADO, soit le ministre de la Santé et des Services sociaux, le directeur de santé publique, le professionnel de santé publique, le médecin, le personnel infirmier, le cas-index, ses partenaires et le comité d'éthique de santé publique. En voici quelques exemples.

Le ministre de la Santé et des Services sociaux (ou ses mandataires)

- La constitution de la liste des intoxications, des infections et des maladies qui doivent faire l'objet d'une déclaration au directeur de santé publique du territoire et, dans les cas prévus par le règlement, au directeur national de santé publique ou à l'un et à l'autre (Loi sur la santé publique, art. 79)
- L'adoption d'un règlement, pour identifier les menaces réelles ou appréhendées et qui détermine les renseignements que les directeurs régionaux de santé publique doivent transmettre au ministre de la Santé et des Services sociaux, de façon anonyme, ainsi que les conditions suivant lesquelles ils doivent le faire (Loi sur la santé publique, art. 51.1).
- La coordination des actions de plusieurs directions régionales de santé publique et la possibilité d'exercer, avec les adaptations nécessaires, certains ou tous les pouvoirs accordés au directeur de santé publique, notamment lorsque le ministre est informé d'une situation susceptible de constituer une menace, réelle ou appréhendée, pour la population de plus d'une région (Loi sur la santé publique, art. 116 et 117).

a. Loi sur la santé publique (chap. S-2.2, art. 93 et 95).

Le directeur de santé publique (ou ses mandataires)

- Le déclenchement d'une enquête épidémiologique, dans toute situation où le directeur de santé publique a des motifs sérieux de croire que la santé de la population est menacée ou pourrait l'être, notamment lorsqu'il reçoit une déclaration de maladie à déclaration obligatoire (Loi sur la santé publique, art. 96). Dans certains cas, il peut ordonner à toute personne, ministère ou organisme de lui communiquer ou de lui donner accès immédiatement à tout document ou tout renseignement en sa possession, même s'il s'agit soit d'un renseignement personnel, soit d'un document ou d'un renseignement confidentiel (Loi sur la santé publique, art. 100, 8^o). Le directeur peut exercer lui-même ses pouvoirs d'enquête ou autoriser certaines personnes à le faire en son nom (Loi sur la santé publique, art. 113).
- La mobilisation des ressources des établissements de santé et de services sociaux du territoire, quand le directeur en a besoin pour procéder à une enquête épidémiologique ou pour prendre les mesures qu'il juge nécessaires à la protection de la santé de la population lorsqu'elle est menacée (Loi sur la santé publique, art. 12 et 97).
- L'application du Programme national de santé publique (PNSP) et du Plan d'action régional de santé publique (Loi sur la santé publique, art. 11 ; Loi sur les services de santé et les services sociaux, art. 371)³¹⁰. L'intervention préventive auprès des partenaires d'une personne atteinte d'une ITS est l'une des actions préconisées dans le *Programme national de santé publique 2003-2012 : Mise à jour 2008*^a (p. 54 et 74).
- L'enclenchement des actions au bénéfice de la collectivité ou d'un groupe d'individus (Loi sur la santé publique, art. 5) ;
- Le respect des règles du consentement, de la confidentialité et de la protection des renseignements (Charte des droits et libertés de la personne, art. 9 ; Code des professions, art. 60.4 ; Loi sur la santé publique, chap. XII).
- L'exercice du rôle de vigie sanitaire relativement aux maladies à déclaration obligatoire (Loi sur la santé publique, art. 2).

Tous ces pouvoirs doivent évidemment être exercés avec discernement. Le degré de contrainte imposé doit être proportionnel à la nature de la menace pour la santé.

Le professionnel de santé publique

- Le respect du consentement et de la confidentialité des renseignements personnels et confidentiels auxquels le professionnel de santé publique accède (Charte des droits et libertés de la personne, art. 9, et Code des professions, art. 60.4) ;
- Le déroulement de l'ensemble des activités liées aux enquêtes épidémiologiques et prévues à l'article 96 de la Loi sur la santé publique, après autorisation du directeur de santé publique (Loi sur la santé publique, art. 113).
- La responsabilité d'assurer le suivi de l'intervention, ce qui inclut la responsabilité de diriger les cas-index et leurs partenaires vers les professionnels qui pourront

a. Le programme est prolongé jusqu'en 2015.

leur offrir les soins dont ils ont besoin (Code de déontologie des médecins, art. 42 ; Code de déontologie des infirmières et infirmiers, art. 19).

Le médecin et le personnel infirmier

- La déclaration d'une maladie, en vertu du Règlement ministériel d'application de la Loi sur la santé publique, est en vigueur depuis le 20 novembre 2003. Tout médecin (de même que tout dirigeant d'un laboratoire ou d'un département de biologie médicale) est tenu de déclarer au directeur de santé publique de son territoire, par écrit et dans les 48 heures, les infections et maladies suivantes : chancre mou, granulome inguinal, infection à *Chlamydia trachomatis*, infection gonococcique, lymphogranulomatose vénérienne et syphilis, infection par le VIH et sida (seulement si la personne atteinte a soit donné du sang, des organes ou des tissus, soit reçu du sang, des produits sanguins, des organes ou des tissus), selon les articles 2 et 4 du Règlement ministériel d'application de la Loi sur la santé publique.
- La collaboration aux enquêtes épidémiologiques (Loi sur la santé publique, art. 100, 8°).
- Le respect du consentement et du secret professionnel (Charte des droits et libertés de la personne, art. 9 ; Code des professions, art. 60.4). Outre celles qui sont prévues par la loi, ce n'est que dans des circonstances exceptionnelles, à juger au cas par cas – et idéalement après consultation d'un comité d'éthique clinique ou de bioéthique –, que le médecin ou l'infirmière peut transgresser les dispositions générales sur le secret professionnel, par exemple pour informer des partenaires exposés dans les cas où un préjudice sérieux mais évitable pourrait leur être causé s'ils n'étaient pas informés. Le Code de déontologie des médecins (art. 20 et 21) ainsi que celui des infirmières et infirmiers (art. 31 à 36) indiquent les motifs et les modalités d'une telle dérogation au secret professionnel.
- La responsabilité soit d'offrir aux patients les soins que leur état de santé requiert (Code de déontologie des médecins, art. 32 et 33) ou les soins et traitements selon les normes de bonne pratique (Code de déontologie des infirmières et infirmiers, art. 18 et 19), soit de les diriger vers les professionnels qui pourront le faire.
- Pour les médecins, l'obligation de signaler une menace pour la santé de la population, incluant celle qui vient d'un agent biologique sexuellement transmissible (Loi sur la santé publique, art. 93 à 95).

Le cas-index

- L'obligation de traitement : aucune obligation de traitement n'est faite au cas-index, car les infections transmissibles sexuellement ne sont pas incluses dans la liste des maladies à traitement obligatoire (Règlement ministériel d'application de la Loi sur la santé publique, art. 9).
- L'identification des partenaires : aucune loi n'oblige expressément une personne atteinte d'une ITS à identifier ses partenaires.
- L'information aux partenaires : aucune loi n'oblige spécifiquement une personne atteinte à informer ses partenaires de leur exposition à une maladie infectieuse.

Toutefois, le Code civil du Québec³¹¹ interdit de nuire à autrui de manière excessive et de lui causer des préjudices (art. 7 et 1457).

- L'obligation de se conduire de façon à ne pas exposer autrui à la maladie : le Code civil du Québec prévoit l'obligation de se comporter, en général et dans l'exercice de ses droits, de façon à ne pas nuire à autrui (art. 7 et 1457). Toutefois, il faut tenir compte de la responsabilité qui incombe à chacun de se protéger.
- S'il se sait infecté par le VIH, le cas-index a l'obligation juridique de dévoiler sa séropositivité à ses partenaires avant d'avoir des relations sexuelles qui comportent un « possibilité réaliste » de transmission du VIH. Il n'est pas tenu de la dévoiler si sa charge virale est faible (1 500 copies/millilitre ou moins) ou indétectable (50 copies/millilitre ou moins) **et** qu'il utilise un condom.

Le partenaire d'un cas-index

- La consultation médicale : le partenaire est libre de se soumettre ou non à un examen médical (Code civil, art. 11).
- Le traitement : le partenaire n'est aucunement obligé de recevoir un traitement (Code civil, art. 11).

Le comité d'éthique de santé publique

- Auparavant, selon les anciennes dispositions de la Loi sur la santé publique, le ministre, le directeur national de santé publique, un directeur de santé publique, un cadre des paliers central et régional ou encore un gestionnaire responsable des activités de santé publique au palier local (centre de santé et de services sociaux) pouvait demander que le comité d'éthique de santé publique donne son avis sur toute question éthique soulevée dans l'application de la Loi sur la santé publique, notamment sur les activités ou les actions prévues dans le PNSP et les plans d'action, régionaux ou locaux, de santé publique. Cette pratique a toujours cours malgré l'abrogation du chapitre III, qui concernait le comité d'éthique de santé publique. Depuis 2009, ce comité relève de l'Institut national de santé publique du Québec.

9.3 Les dimensions éthiques³¹²

Des principes éthiques guident les interventions de santé publique à la suite de la déclaration d'un cas d'ITS-MADO. Les valeurs et les principes éthiques qui prévalent en santé publique – inscrits dans le *Programme national de santé publique 2003-2012* – constituent des attitudes à privilégier, sinon des règles à respecter.

Ces valeurs et ces principes ne sont toutefois pas toujours faciles à appliquer dans le cadre d'une intervention relative aux ITSS. Outre que l'équilibre entre bien commun et droits individuels est souvent fragile, il pose parfois un véritable dilemme.

L'approche populationnelle peut mettre en évidence une tension entre le respect des droits individuels, d'une part, et la défense du bien commun et des intérêts collectifs, d'autre part. La définition du bien commun est cependant sujette à des interprétations différentes selon les sous-groupes qui composent la population. La bienfaisance et la non-malfaisance sont des principes indissociables de la notion de bien commun. Quand « la défense de ce bien commun devient en quelque sorte un mandat confié à l'État par

les citoyens³¹³ », ces principes doivent être associés à des valeurs de responsabilité et de transparence.

En santé publique, la responsabilité a une dimension sociale (responsabilité de l'État à l'égard de ses citoyens) et une dimension individuelle (responsabilité de chaque citoyen à l'égard de la communauté et des autres citoyens) ; c'est donc une valeur « partagée ». Le respect de l'autonomie de la personne, le respect de la vie privée et la confidentialité sont des repères éthiques permettant de considérer les conséquences possibles (la stigmatisation, par exemple) des décisions à prendre et de prêter attention aux groupes vulnérables. La prise en compte des différents sous-groupes est elle-même liée à la valeur de justice. La non-malfaisance doit également guider l'action : avant d'intervenir auprès des partenaires d'une personne atteinte d'une ITS, il est important d'évaluer les conséquences sociales, psychologiques et familiales de cette démarche. Toutes les mesures raisonnables devraient être prises afin de prévenir des réactions telles que la vengeance ou la violence conjugale, dont les conséquences pourraient être plus graves que ce que l'on veut prévenir, par exemple les complications d'une ITS non traitée. Enfin, l'intervention de santé publique relative aux ITSS ne saurait être justifiable que si elle peut permettre d'atteindre les objectifs de santé visés. L'efficacité et l'utilité sont, par conséquent, d'autres valeurs à prendre en compte dans l'analyse et la prise de décision.

Dans certaines situations, des principes et valeurs éthiques paraissent s'opposer :

- au nom du bien commun, de la responsabilité ou de la solidarité, on incite la personne atteinte à collaborer à une démarche qui peut comporter certaines contraintes pour elle (par exemple, la notification à ses partenaires, l'adoption de comportements sexuels plus sécuritaires) ;
- le professionnel peut être placé devant le refus de la personne atteinte d'informer ses partenaires, le droit à la vie privée d'un individu se trouvant ici opposé à la recherche du bien commun ainsi qu'aux droits à l'information et à la santé des autres ;
- le respect de la dignité humaine, qui exige que chacun soit traité comme une « personne unique », passe par la prise en compte des forces, des vulnérabilités, des peurs, des anxiétés et des espoirs de chaque personne ;
- le professionnel qui se trouve face à une personne dont les valeurs sont éloignées des siennes (différences ethnoculturelles, marginalité, etc.) évitera de juger cette dernière, acceptera tant ses limites que ses choix et respectera son mode de vie.

L'intervention de santé publique subséquente à une déclaration d'ITS-MADO nécessite que le professionnel trouve chaque fois un juste équilibre entre les valeurs en cause dans telle ou telle situation. Elle exige donc une adaptation au cas par cas. Toujours elle doit prendre assise sur la confiance mutuelle et sur le respect.

Le choc des valeurs, des opinions et des convictions peut engendrer des conflits. Le recours aux principes et aux valeurs éthiques fournit des repères pour reconnaître ces conflits, les examiner selon différentes perspectives et les résoudre. Il s'agit à la fin de faire un choix entre des possibilités d'action qui ont des conséquences différentes.

Des situations comme celles-ci peuvent se présenter :

- une femme atteinte par la chlamydia refuse d'informer son conjoint, car elle est victime de violence conjugale ;
- un HARSAH qui a le VIH contracte régulièrement des ITSS et refuse de collaborer à l'intervention.

Le professionnel gagnera à apprendre à déceler les dilemmes. Il doit pouvoir en discuter. Il doit surtout connaître les ressources qui, au sein de son établissement ou dans sa région, sont en mesure de l'éclairer et de le soutenir. Le professionnel doit tenir compte des lois et règlements en vigueur pour résoudre les dilemmes éthiques. La Loi sur la santé publique, en particulier, prévoit déjà des dérogations à la confidentialité dans le cas des MADO, mais elle les encadre pour réduire le plus possible l'atteinte aux droits des individus. Sans remplacer la réflexion, ces repères peuvent aider aussi bien l'intervenant que la personne atteinte et ses partenaires à trouver la meilleure solution dans les circonstances.

10 L'ORGANISATION DES SERVICES

L'intervention préventive devrait être accessible à toutes les personnes atteintes d'une ITS. Chaque direction régionale de santé publique (DRSP) détermine l'organisation des services qu'implique cette intervention, compte tenu des services déjà en place, des caractéristiques du milieu et des priorités régionales.

Les personnes atteintes d'une ITS prioritaire et leurs partenaires sexuels devraient bénéficier d'une intervention préventive selon l'approche négociée. Suivant l'organisation des services définie dans la région, cette intervention sera faite soit par la DRSP, soit par un ou des établissements de santé mandatés à cette fin, soit par des cliniciens ou des professionnels de première ligne qui se sont engagés à la faire.

Pour les ITS autres que prioritaires, la DRSP déterminera les mesures visant à soutenir les cliniciens et les intervenants de première ligne qui effectuent l'intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une ITS et auprès de leurs partenaires (IPPAP). Selon la littérature scientifique et des avis d'experts, l'approche passive serait plus efficiente pour ces cas.

Quel que soit le modèle d'organisation retenu, la continuité des services demeure une préoccupation centrale. Pour assurer cette continuité, la collaboration de tous est essentielle : celle des professionnels de la santé concernés par la prévention, le dépistage et le traitement des ITS, tout comme celle des organismes communautaires qui interviennent auprès de certaines populations vulnérables et qui peuvent, dans certains cas, aider à retrouver des partenaires difficiles à joindre. Il est souhaitable d'intégrer l'intervention préventive à l'ensemble des activités ayant un lien avec les ITS, peu importe leur nature : éducation, dépistage, diagnostic, traitement, counseling, soutien psychosocial, etc.

L'organisation des services devrait prévoir des mécanismes de protection des renseignements personnels. Une attention particulière sera prêtée à la confidentialité de l'identité du cas-index. En outre, des mesures seront prises pour que le cas-index puisse consentir librement à l'identification de ses partenaires ainsi qu'à la démarche de notification.

Il est primordial que l'intervention préventive soit effectuée par des professionnels qualifiés, formés spécialement pour offrir ce type de service. Leur formation devrait inclure les connaissances de base sur les infections (épidémiologie, modes de transmission, symptômes, évolution clinique, traitements, etc.) et sur les divers aspects du counseling. Ces personnes devraient avoir accès à des activités de formation continue leur permettant de mettre à jour leurs connaissances et de développer leur expertise^a. Une évaluation de l'implantation d'un service régional de soutien à l'IPPAP montre que la diversité des cas et les enjeux éthiques nécessitent un soutien clinique ponctuel pour les professionnels concernés par cette intervention³¹⁴.

Par ailleurs, les autorités prévoient des mécanismes souples pour diriger adéquatement les personnes atteintes d'une ITS et leurs partenaires lorsque les responsables de l'intervention préventive ne peuvent leur offrir eux-mêmes les services dont ils ont besoin (évaluation clinique, traitement ou autres). Afin que toute personne ayant été exposée à une ITS puisse bénéficier rapidement des soins appropriés, celle-ci pourrait être dirigée vers un clinicien rattaché à un organisme qui offre l'intervention préventive, vers un médecin avec lequel une entente relative à ce type d'intervention a été établie ou, encore, vers son médecin de famille.

Si la DRSP désigne un ou plusieurs établissements de santé pour effectuer l'IPPAP, des éléments additionnels doivent être pris en considération afin d'assurer l'atteinte des objectifs. Par exemple :

- la population desservie par les CSSS (lien avec le volume d'activités prévu) ;
- les services de dépistage et de prévention des ITSS existant dans ces CSSS (lien avec les qualifications exigées des professionnels assurant ces services) ;
- l'étendue du territoire.

Deux régions ont évalué, dans le cadre d'un mandat de santé publique, la faisabilité et les conditions de succès de l'intervention préventive effectuée dans les CSSS pour certains cas^{315,316,317} ; en effet, pour certaines ITSS (la syphilis, par exemple), l'enquête est faite par la DRSP. L'évaluation^b a permis de faire ressortir des avantages et des contraintes associés à ce modèle d'organisation des services. En général, lorsque les enquêtes sont effectuées par les CSSS, ce sont des infirmières ou infirmiers menant des activités liées au dépistage des ITSS et à l'IPPAP (dans les SIDEPS ou d'autres services) qui en ont la charge.

Parmi les aspects favorables à ce que les IPPAP soient menées dans les CSSS, on peut rapporter que cette façon de procéder :

- facilite l'utilisation des ressources du milieu parce que le personnel infirmier des CSSS les connaît mieux ;

a. L'INSPQ a conçu un programme de formation dont le contenu est adapté aux besoins des professionnels du réseau de la santé publique qui effectuent régulièrement l'IPPAP selon l'approche négociée ainsi qu'aux besoins du personnel infirmier et des médecins qui exercent des activités dans les services de première ligne et qui effectuent l'IPPAP selon l'approche passive.

b. Les rapports d'évaluation ne précisent pas le nombre d'enquêtes effectuées par chaque infirmière ou infirmier et ces évaluations n'avaient pas pour objectif de mesurer l'efficacité de l'intervention sur la base du nombre de partenaires joints et traités.

- facilite l'accès et la continuité des services pour les personnes visées par l'intervention (vaccination, dépistage) ;
- améliore la proximité du service et facilite l'établissement d'un lien de confiance avec ces personnes.

Parmi les contraintes, il faut citer :

- les aménagements dans l'organisation des services, la disponibilité des ressources et la nécessité d'un fonctionnement administratif souple ;
- la nécessité d'avoir accès à l'expertise et au soutien continu des professionnels de la DRSP pour les cas d'ITS moins fréquents, comme les cas de gonorrhée et de syphilis, ou encore pour les situations complexes.

Enfin, les auteurs des rapports d'évaluation ont conclu que le nombre d'interventions préventives effectuées (pour l'infection à *Chlamydia trachomatis* et l'infection gonococcique) était assez grand pour permettre à l'infirmière ou à l'infirmier de conserver les habiletés acquises pendant la formation et de développer son autonomie de façon aussi intéressante que valorisante.

Ces évaluations n'ont pas porté sur l'efficacité de l'intervention en fonction du lieu où elle est menée ; elles ne permettent donc pas de déterminer si le type d'organisation des services peut influencer le nombre de partenaires joints, dépistés et traités. De plus, les résultats ne sont pas nécessairement généralisables aux autres CSSS d'une même région³¹⁸ ou aux autres régions du Québec. Toutefois, les deux rapports peuvent soutenir la réflexion dans les régions où l'on souhaite examiner ce type d'organisation des services.

11 LES CRITÈRES DE SUCCÈS

À partir du cadre légal, des principes éthiques évoqués précédemment et des données publiées dans la littérature scientifique – et sur la base d'expériences –, voici quelques-uns des critères essentiels à respecter pour favoriser la réussite de l'intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une ITS et auprès de leurs partenaires.

1. La participation volontaire des cas-index à la démarche de santé publique, incluant l'intervention préventive auprès de leurs partenaires, sans coercition et sans préjudice pour eux-mêmes ni pour leurs partenaires :
 - chacun doit être en mesure de donner son consentement libre et éclairé à l'identification de ses partenaires ainsi qu'à la démarche de notification (le professionnel qui effectue l'intervention préventive doit s'assurer que la personne maîtrise suffisamment la langue et il doit communiquer l'information nécessaire de façon claire et simple) ;
 - chacun doit avoir accès à l'ensemble des services offerts, indépendamment de sa coopération à l'intervention préventive proposée.
2. Le respect rigoureux de la confidentialité des renseignements recueillis et de la finalité pour laquelle ils sont recueillis :
 - le respect de la confidentialité s'applique aux données (écrites ou autres) se rapportant tant au cas-index qu'à ses partenaires, de même qu'aux

renseignements permettant de joindre les partenaires. Il importe tout particulièrement que le professionnel de la santé évite de donner ou de confirmer l'identité du cas-index lorsqu'il avise un partenaire de son exposition à une ITS ;

- les renseignements recueillis aux fins de l'intervention de santé publique ne doivent servir qu'à cette fin. Une utilisation secondaire, par exemple à des fins de recherche, doit respecter les lois, règlements et processus en vigueur.

3. Le respect de l'autonomie de la personne :

- pour favoriser l'intervention de santé publique, on doit offrir à la personne atteinte un counseling qui la prépare à aviser ses partenaires et lui remettre la documentation appropriée (par exemple, la brochure *Entre caresses et baisers, une ITS s'est faufilée... Il faut en parler*)³¹⁹. Cela lui permet d'acquérir ou de consolider des habiletés qui l'aideront à faire sa propre démarche, dans le respect de ses choix.

4. Le respect de la relation de confiance établie entre le clinicien et son patient :

- toutes les mesures raisonnables doivent être prises pour informer le clinicien de l'intervention préventive envisagée (information sur les démarches de la DRSP pour les ITS-MADO prioritaires, confirmation de l'entente préalable, etc.) ;
- dans l'éventualité où on décèlerait, par exemple, un possible échec du traitement au cours de l'intervention, il faudrait en informer le médecin et convenir avec lui des suites à donner. L'annexe 10 présente des modèles de lettres visant à favoriser l'échange de renseignements.

5. L'offre systématique d'un counseling, tant au cas-index qu'à ses partenaires :

- il faut fournir au cas-index et à ses partenaires toute l'information pertinente, les soutenir dans l'adoption et le maintien de comportements sexuels sécuritaires et les orienter, au besoin, vers les services que leur état de santé requiert.

6. La continuité des services :

- l'intervention préventive doit faire partie intégrante d'un programme global de santé publique et de prévention des ITSS (surveillance, promotion, prévention, protection, etc.), qui inclut notamment le counseling et le dépistage ;
- ce service doit être coordonné aux soins de santé primaires (diagnostic, traitement, counseling, vaccination, etc.), aux services de soutien psychosocial et aux autres activités de santé publique ;
- les rôles et les responsabilités des différentes organisations associées à l'intervention préventive (DRSP, CSSS, cliniques médicales) doivent être partagés et compris.

7. Le partenariat :

- un partenariat doit être établi entre les différents établissements, organismes et services (centres locaux de services communautaires, cliniques médicales, centres de dépistage, organismes communautaires et autres) concernés par l'intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une ITS et auprès de

leurs partenaires. Cela exige que tous reçoivent l'information sur l'IPPAP au préalable et qu'ils aient accès aux outils appropriés.

8. La qualité de l'intervention et la qualification des professionnels de la santé :
 - l'intervention préventive doit être effectuée par des professionnels qualifiés, formés spécialement pour offrir ce type de service ;
 - l'intervention doit respecter les principes éthiques, le cadre légal et les composantes cliniques énoncés dans le présent guide.
9. Une organisation des services adaptée à la réalité régionale et qui tient compte des conditions de succès mentionnées dans deux rapports d'évaluation^{320,321} (dont certaines ont été citées à la section 10) :
 - les mesures liées à la mise en œuvre des interventions, soit :
 - la remise, par la direction régionale de santé publique, d'un certificat d'autorisation aux infirmières et infirmiers qui effectuent les enquêtes,
 - la souplesse des horaires de travail,
 - l'aménagement physique des milieux de travail,
 - des activités de soutien (assurées par des gestionnaires de l'établissement ou par des professionnels de la DRSP) ;
 - le respect des rôles et des responsabilités de la DRSP et des CSSS à la suite de la déclaration d'une ITS-MADO^a ;
 - les avantages perçus d'effectuer l'IPPAP dans les CSSS.

a. Par exemple, les rôles diffèrent selon les ITS. La validation des cas de syphilis continue toutefois d'être assurée par les DRSP.

NOTES BIBLIOGRAPHIQUES

1. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Stratégie mondiale de lutte contre les infections sexuellement transmissibles : 2006-2015 – Rompre la chaîne de transmission*, Genève, Organisation mondiale de la santé, 2007, iii + 65 p., [En ligne]. [<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241563475/fr/index.html>] (consulté en octobre 2012).
2. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Prevalence and Incidence of Selected Sexually Transmitted Infections: Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, Syphilis and Trichomonas vaginalis – Methods and Results Used by WHO to Generate 2005 Estimates*, Genève, World Health Organization, 2011, 36 p., [En ligne]. [<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241502450/en/>] (consulté en octobre 2012).
3. SATTERWHITE, C., H. WEINSTOCK et D. DATTA. « Chlamydia trends in the USA: results from multiple data sources », *Sexually Transmitted Infections*, vol. 87, n° suppl. 1, juillet 2011, p. A21 (Résumé d'une session orale, 19^e Conférence biennale de l'International Society for Sexually Transmitted Diseases Research tenue à Québec en juillet 2011).
4. CENTRE DE LA LUTTE CONTRE LES MALADIES TRANSMISSIBLES ET LES INFECTIONS. *Cas signalés et taux de l'infection à Chlamydia trachomatis selon la province/le territoire et le sexe, 1991-2010 et Cas signalés et taux de l'infection à Chlamydia trachomatis selon le groupe d'âge et le sexe, 1991-2010*, [Ottawa], Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada, 2012, [En ligne]. [<http://globalhepc.files.wordpress.com/2012/11/cas-signalc3a9-et-taux-its-2010.pdf>], p. 1-6 et 7-12.
5. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Surveillance des souches de Neisseria gonorrhoeae résistantes aux antibiotiques dans la province de Québec : Rapport 2011*, rédigé par B. Lefebvre, Québec, Laboratoire de santé publique du Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2012, v + 37 p., [En ligne]. [http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1543_SurvSouchesNGonoResistAntibioQc_2011.pdf] (consulté en octobre 2012).
6. CENTRE DE LA LUTTE CONTRE LES MALADIES TRANSMISSIBLES ET LES INFECTIONS. *Cas signalés et taux de l'infection gonococcique selon la province/le territoire et le sexe, 1980-2010 et Cas signalés et taux de l'infection gonococcique selon l'âge et le sexe, 1980-2010*, [Ottawa], Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada, 2012, [En ligne]. [<http://globalhepc.files.wordpress.com/2012/11/cas-signalc3a9-et-taux-its-2010.pdf>], p. 13-20 et 21-29.
7. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. *Sexually Transmitted Disease Surveillance 2010*, Atlanta (Géorgie), U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for HIV/AIDS, Viral Hepatitis, STD, and TB Prevention, Division of STD Prevention, 2011, xx + 155 p., [En ligne]. [<http://www.cdc.gov/std/stats/>] (consulté en septembre 2012).

8. EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL. *Sexually Transmitted Infections in Europe 1990-2010*, Surveillance Report, Stockholm (Suède), European Center for Disease Prevention and Control, 2012, vii + 123 p., [En ligne]. [http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/_layouts/forms/Publication_DispForm.aspx?ID=629&List=4f55ad51%2D4aed%2D4d32%2Db960%2Daf70113dbb90] (consulté en septembre 2012).
9. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Emergence of multi-drug resistant Neisseria gonorrhoeae: Threat of global rise in untreatable sexually transmitted infection*, Fact Sheet, Genève, World Health Organization, 2011, 2 p., [En ligne]. [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/who_rhr_11_14/en/] (consulté en septembre 2012).
10. CENTRE DE LA LUTTE CONTRE LES MALADIES TRANSMISSIBLES ET LES INFECTIONS. *Cas signalés et taux de syphilis infectieuse selon la province/le territoire et le sexe, 1993-2010 et Cas signalés et taux de syphilis infectieuse selon l'âge et le sexe, 1993-2010*, [Ottawa], Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada, 2012, [En ligne]. [<http://globalhepc.files.wordpress.com/2012/11/cas-signalc3a9-et-taux-its-2010.pdf>], p. 30-34 et 35-40.
11. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. *Sexually Transmitted Disease Surveillance 2010*, Atlanta (Géorgie), U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for HIV/AIDS, Viral Hepatitis, STD, and TB Prevention, Division of STD Prevention, 2011, xx + 155 p., [En ligne]. [<http://www.cdc.gov/std/stats/>] (consulté en septembre 2012).
12. EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL. *Sexually Transmitted Infections in Europe 1990-2010*, Surveillance Report, Stockholm (Suède), European Center for Disease Prevention and Control, 2012, vii + 123 p., [En ligne]. [http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/_layouts/forms/Publication_DispForm.aspx?ID=629&List=4f55ad51%2D4aed%2D4d32%2Db960%2Daf70113dbb90], cité dans S. Venne et autres, *Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec : Année 2011 et projections pour 2012*, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2013, p 15.
13. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *L'élimination mondiale de la syphilis congénitale : Raison d'être et stratégie*, Genève, Organisation mondiale de la santé, 2009, iv + 39 p., [En ligne]. [<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241595858/fr/index.html>] (consulté le 4 décembre 2012).
14. SPINOLA, S.M. « Chancroid and Haemophilus ducreyi », dans K.K. Holmes et autres (sous la dir. de), *Sexually Transmitted Diseases*, Chapitre 39, 4^e édition, New York, McGraw-Hill, 2008, p. 690.
15. HACKER, P., et autres. « Granuloma inguinale: three cases diagnosed in Toronto, Canada », *International Journal of Dermatology*, vol. 31, n° 10, octobre 1992,

- p. 696-699, cité dans Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Situation et orientations : Les infections transmissibles sexuellement à déclaration obligatoire*, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, coll. « Prévenir et enrayer », 2003, p. 22.
16. O'FARREL, N. « Donovanosis », dans K.K. Holmes et autres (sous la dir. de), *Sexually Transmitted Diseases*, Chapitre 40, 4^e édition, New York, McGraw-Hill, 2008, p. 702.
 17. CENTRE DE LA LUTTE CONTRE LES MALADIES TRANSMISSIBLES ET LES INFECTIONS. *Rapport sur les infections transmissibles sexuellement au Canada. : 2009*, [Ottawa], Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Direction générale de la prévention et du contrôle des maladies infectieuses, Agence de la santé publique du Canada, 2011, 36 p.
 18. DIRECTION DE LA PROTECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Énoncé provisoire sur le diagnostic et le traitement de la lymphogranulomatose vénérienne (LGV) au Québec*, [s. l.], ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005, 11 p. [En ligne].
[http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/itss/index.php?id=52,109,0,0,1,0]
(consulté en novembre 2012).
 19. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. « Lymphogranuloma venereum among men who have sex with men – Netherlands 2003-2004 », *Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 53, n° 42, 29 octobre 2004, p. 985-988.
 20. BITERA, R., et autres. *Programme de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Québec : cas cumulatifs 2002-2011*, [Québec], Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec, en collaboration avec l'Unité de recherche en santé des populations du Centre hospitalier affilié universitaire de Québec, 2012, xix + 143 p., [En ligne].
[http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1579_ProgSurvInfectionVIHQc_CasCumul2002-2011.pdf] (consulté le 3 décembre 2012).
 21. CENTRE DE LA LUTTE CONTRE LES MALADIES TRANSMISSIBLES ET LES INFECTIONS. *Résumé : Estimations de la prévalence et de l'incidence du VIH au Canada, 2011*, Ottawa, Division de la surveillance et de l'épidémiologie, Division des lignes directrices professionnelles et des pratiques de santé publique, Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada, 2012, 7 p.
 22. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *La stratégie mondiale du secteur de la santé sur le VIH/sida 2011-2015*, Genève, Organisation mondiale de la santé, 2011, 42 p., [En ligne]. [http://www.who.int/hiv/pub/hiv_strategy/fr/] (consulté en septembre 2012).
 23. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Statistiques sanitaires mondiales 2011*, [Genève], Organisation mondiale de la santé, 2011, p. 60-76, [En ligne].

[http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2011/fr/], (consulté en janvier 2012).

24. BLOUIN, K., et autres. *Rapport intégré : Épidémiologie des infections transmissibles sexuellement et par le sang au Québec*, [Québec], Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec, 2012, xxvi + 179 p. + annexe, [En ligne].
[http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1522_RapportIntegreEpidemiolTSSQc.pdf]
(consulté en novembre 2012).
25. *Loc. cit.*
26. AKOM, E., et S. VENNE. *L'infection génitale au virus herpès simplex : Recension des écrits et consultation d'experts dans une perspective de santé publique – Ampleur et nature du problème, explorations des avenues de prévention*, [Montréal], Institut national de santé publique du Québec, 2003, vi + 91 p.
27. PATRICK, D.M., et autres. *Herpes simplex Type 2 Seroprevalence in Canadian Women*, Abstract n° 1193, 40th Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy, Toronto, 17-20 septembre 2000.
28. PATRICK, D.M., et autres. « Antenatal seroprevalence of herpes simplex virus (HSV-2) in Canadian women: HSV-2 prevalence increases throughout the reproductive years », *Sexually Transmitted Diseases*, vol. 28, n° 7, juillet 2001, p. 424-428.
29. HOWARD, M., J.W. SELLORS et D. JANG. « Regional distribution of antibodies to herpes simplex virus type 1 (HSV-1) and HSV-2 in men and women in Ontario, Canada », *Journal of Clinical Microbiology*, vol. 41, n° 1, janvier 2003, p. 84-89.
30. SINGH, A., et autres. « Herpes simplex virus seroprevalence and risk factors in 2 Canadian sexually transmitted disease clinics », *Sexually Transmitted Diseases*, vol. 32, n° 2, février 2005, p. 95-100.
31. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Op. cit.*, 2007.
32. BLOUIN, K., et autres. *Op.cit.*
33. MAYRAND, M.H., et autres. « Randomized controlled trial of human papillomavirus testing versus Pap cytology in the primary screening for cervical cancer precursors: design, methods, and preliminary accrual results of the Canadian cervical cancer screening trial (CCCaST) », *International Journal of Cancer*, vol. 119, n° 3, 1^{er} août 2006, p. 615-623, cité dans K. Blouin et autres, *op. cit.*, p. 33.
34. BURCHELL, A.N., et autres. « Human papillomavirus infections among couples in new sexual relationships », *Epidemiology*, vol. 21, n° 1, janvier 2010, p. 31-37, cité dans K. Blouin et autres, *op. cit.*, p. 34.

35. TORTOLERO-LUNA, G. « Epidemiology of genital human papillomavirus ». *Hematology/oncology Clinics of North America*, vol. 13, n° 1, février 1999, p. 245-257.
36. ARAL, S.O., et K.K. HOLMES. « The epidemiology of STIs and their social and behavioral determinants: industrialized and developing countries », dans K.K. Holmes et autres (sous la dir. de), *Sexually Transmitted Diseases*, chapitre 5, 4^e édition, New York, McGraw-Hill, 2008, p. 72.
37. INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *Fichier maître de l'Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP) 2008* (Données tirées du Portail de l'Infocentre de santé publique, compilation effectuée à partir de l'onglet « Plan commun de surveillance »), Institut national de santé publique du Québec, [En ligne]. [<https://www.infocentre.inspq.riess.qc.ca/>], extractions du 30 mai 2011 et du 3 décembre 2012.
38. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Op. cit.*, 2007.
39. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Op. cit.*, 2009.
40. BLOUIN, K., et autres. *Op. cit.*
41. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Programme national de santé publique 2003-2012 : Mise à jour 2008*, rédigé par J. Gauthier et A.M. Langlois, [Québec], Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2008, p. 33. [En ligne]. [<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/0/f83b3d7956d513758525743c0068adff>].
42. ENG, T.R., et W.T. BUTLER (sous la dir. de). *The Hidden Epidemic: Confronting Sexually Transmitted Diseases*, Washington (D.C.), National Academy Press, 1997, 432 p.
43. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Op. cit.*, 2008, p. 45.
44. CENTRE DE COLLABORATION NATIONALE DES MALADIES INFECTIEUSES. *Guide de planification des services d'approche à l'intention des praticiens qui travaillent dans le domaine des maladies infectieuses auprès de populations vulnérables*, Winnipeg (Manitoba), Centre de collaboration nationale des maladies infectieuses, 2^e édition, 2012, v + 72 p., [En ligne]. [<http://www.ccnmi.ca/guide-de-planification-des-services-d-approche>].
45. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Op. cit.*, 2008, p. 34.
46. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Quatrième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec : L'épidémie silencieuse – Les infections transmissibles sexuellement et par le sang*, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010, p. 33., [En ligne].

[<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/961885cb24e4e9fd85256b1e00641a29/b61878f3a23060658525772900418b4e?OpenDocument>].

47. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Op. cit.*, 2008, p. 36.
48. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Quatrième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec : L'épidémie silencieuse – Les infections transmissibles sexuellement et par le sang*, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010, p. 29., [En ligne].
[<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/961885cb24e4e9fd85256b1e00641a29/b61878f3a23060658525772900418b4e?OpenDocument>].
49. BLAIS, M., et autres. « La sexualité des jeunes Québécois et Canadiens : Regard critique sur le concept d'«hypersexualisation» », *Globe : Revue internationale d'études québécoises*, vol. 12, n° 2, 2009, p. 27-28.
50. PICA, L.A., P. LECLERC et H. CAMIRAND. « Comportements sexuels chez les élèves de 14 ans et plus », dans *L'Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2010-2011*, tome 1 : *Le visage des jeunes d'aujourd'hui : leur santé physique et leurs habitudes de vie*, chapitre 8, [Québec], Institut de la statistique du Québec, 2012, p. 209-229.
51. ROTERMANN, M. « Tendances du comportement sexuel et de l'utilisation du condom à l'adolescence », *Rapports sur la santé*, vol. 19, n° 3, septembre 2008, 6 p.
52. *Loc. cit.*
53. INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *Op. cit.*
54. ROY, E. *Mise à jour sur le VIH, l'hépatite C, l'injection de drogues et la mortalité : La cohorte montréalaise des jeunes de la rue*, Présentation faite à l'Institut national de santé publique du Québec, le 8 janvier 2009.
55. ROY, E. *Mise à jour sur le VIH et le VHC chez les jeunes de la rue de Montréal*, Présentation faite au Service de lutte contre les infections transmissibles sexuellement et par le sang, le 1^{er} décembre 2010.
56. LAMBERT, G., et autres. *Sexe, drogue et autres questions de santé : Étude sur les habitudes de vie et les comportements associés aux infections transmissibles sexuellement chez les jeunes hébergés dans les centres jeunesse du Québec*, Montréal, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2012, XIII + 85 p.
57. BITERA, R. *Op. cit.*
58. VENNE, S. *Rapport d'analyse : Enquêtes épidémiologiques réalisées suite à une déclaration d'infection gonococcique, 1^{er} mars 2001 – 31 décembre 2001*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2002, 50 p.

59. ALLARD, P.R., et R. PARENT. *Rapport final – Intervention de vigie sanitaire : Surveillance intensifiée de l'infection gonococcique au Québec, 1^{er} juin 2005 au 31 mai 2006*, Québec, Institut national de santé publique du Québec et ministère de la Santé et des Services sociaux, 2006, v + 15 p., cité dans Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Augmentation du nombre de souches de Neisseria gonorrhoeae résistantes aux fluoroquinolones au Québec : Avis du groupe de travail pour le contrôle de l'infection gonococcique*, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2007, p. 55.
60. Parent, R., et al. *Intervention de vigie sanitaire : Surveillance intensifiée de la syphilis infectieuse au Québec, 1^{er} août 2004 au 31 juillet 2005 –Rapport final*, [Montréal], Institut national de santé publique du Québec et Bureau de surveillance et de vigie, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2007, 11 p.
61. MINISTERE DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX. *Enquête et vigie rehaussée de la syphilis infectieuse chez les jeunes âgés entre 15 et 24 ans : Résultats d'analyse intérimaire (1^{er} janvier au 24 août 2012)*, Montréal, Bureau de surveillance et de vigie, Direction de la protection de la santé publique, en collaboration avec le Service de lutte contre les infections transmissibles sexuellement et par le sang, Direction du développement des individus et de l'environnement social, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2012.
62. BITERA, R. *Op.cit.*
63. HANNAH, H. *Bilan des éclosions d'infections à Shigella sonnei : Montréal et au Québec, 5 août 2007 au 26 janvier 2008*, [Montréal], Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2008, v + 22 p.
64. Résultats rapportés dans S. VENNE et autres, *Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec : Année 2011 et projection 2012*, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, coll. « Analyses et surveillance », n° 43, 2013, p. 112.
65. LAMBERT, G., et autres. *Sommaire rapport ARGUS : Cycle 2008-2009*, [En ligne]. [<http://argusquebec.ca/>] (consulté le 19 juin 2012).
66. BITERA, R. *Op.cit.*
67. RÉSEAU JURIDIQUE CANADIEN VIH/SIDA. *La distribution de trousses pour un usage plus sécuritaire de crack, au Canada*, s. l., Réseau juridique canadien VIH/sida, 2008, p. 2.
68. TORTU, S., et autres. « Sharing of noninjection drug-use implements as a risk factor for hepatitis C », *Substance Use and Misuse*, vol. 39, n° 2, janvier 2004, p. 211-224.
69. MACIAS, J., et autres. « High prevalence of hepatitis C virus infection among noninjecting drug users: association with sharing the inhalation implements of crack », *Liver International*, vol. 28, n° 6, juillet 2008, p. 781-786.

70. PARENT, R., et autres. *Surveillance des maladies infectieuses chez les utilisateurs de drogue par injection : Épidémiologie du VIH de 1995 à 2009, épidémiologie du VHC de 2003 à 2009*, s. l., Institut national de santé publique du Québec, 2011, XIII + 87 p.
71. BLOUIN, K., et autres. *Op. cit.*
72. ALARY, M., et autres. *Étude de prévalence du VIH et de l'hépatite C chez les personnes incarcérées au Québec et pistes pour l'intervention : Rapport de recherche*, 2005, VI + 70 p. (non publié).
73. VENNE, S. *Rapport d'analyse : Enquêtes épidémiologiques réalisées suite à une déclaration d'infection gonococcique, 1^{er} mars 2001 – 31 décembre 2001*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2002, 50 p.
74. PARENT, R., et autres. *Op. cit.*, 2006.
75. BITERA, R. *Op. cit.*
76. PARENT, R., et autres. *Op. cit.*, 2011.
77. JOSEPH, G., et autres. *Les infections transmissibles sexuellement et par le sang chez les québécois d'origine haïtienne : surveillance biologique et comportementale*, 2^e édition, Montréal, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2010, [8] + IX + 67 p.
78. VENNE, S., et autres. *Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec : Année 2011 et projections pour 2012*, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2013, 112 p.
79. *Loc. cit.*
80. BITERA, R. *Op. cit.*
81. BLOUIN, K., et autres. *Op. cit.*
82. BITERA, R. *Op. cit.*
83. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Comité consultatif québécois sur la santé des voyageurs*, [En ligne]. [<http://www.inspq.qc.ca/aspx/fr/ccqsv.aspx?sortcode=1.50.52.55>] (consulté le 17 juin 2011).
84. VIVANCOS, R., I. ABUBAKAR et P.R. HUNTER. « Foreign travel, casual sex, and sexually transmitted infections: systematic review and meta-analysis », *International Journal of Infectious Diseases*, vol. 14, n° 10, octobre 2010, p. e842-e851.
85. *Loc. cit.*
86. *Loc. cit.*

87. ENG, T.R., et W.T. BUTLER (sous la dir. de). *Op. cit.*
88. *Loc. cit.*
89. MORRIS, M., S. GOODREAU et J. MOODY. « Sexual networks, concurrency, and STD/HIV », dans K.K. Holmes et autres (sous la dir. de), *Sexually Transmitted Diseases*, chapitre 7, 4^e édition, New York, McGraw-Hill, 2008, p. 109-125.
90. ADIMORA, A.A., et J.V. SCHOENBACH. « Social context, sexual networks, and racial disparities in rates of sexually transmitted infections », *The Journal of Infectious Diseases*, vol. 191, Suppl. 1, 1^{er} février 2005, p. S115-S122.
91. MERCER, C.H., et autres. « Is concurrency the new serial monogamy? Evidence from a large survey of people attending contrasting genitourinary medicine (GUM) clinics in England », *Sexually Transmitted Infections*, vol. 87, n^o suppl. 1, juillet 2011, p. A21 (Résumé d'une session orale, 19^e Conférence biennale de l'International Society for Sexually Transmitted Diseases Research tenue à Québec en juillet 2011).
92. ARAL, S.O., L.E. MANHART et K.K. HOLMES. « Multilevel approaches to STD epidemiology and prevention », dans K.K. Holmes et autres (sous la dir. de), *Sexually Transmitted Diseases*, Chapitre 89, 4^e édition, New York, McGraw-Hill, 2008, p. 1760.
93. HUMBLET, O., C. PAUL et N. DICKSON. « Core group evolution over time: high-risk sexual behavior in a birth cohort between sexual debut and age 26 », *Sexually Transmitted Diseases*, vol. 30, n^o 11, novembre 2003, p. 818-824.
94. GUNN, R.A., S. FITZGERALD et S.O. ARAL. « Sexually transmitted disease clinic clients at risk for subsequent gonorrhea and chlamydia infections: possible "core" transmitters », *Sexually Transmitted Diseases*, vol. 27, n^o 6, juillet 2000, p. 343-349.
95. BREWER, D.D. « Case-finding effectiveness of partner notification and cluster investigation for sexually transmitted diseases/HIV », *Sexually Transmitted Diseases*, vol. 32, n^o 2, février 2005, p. 78-83.
96. *Loc. cit.*
97. ANDERSON, R.M. « The transmission dynamics of sexually transmitted diseases: the behavioral component », dans J.N. Wasserheit et autres (sous la dir. de), *Research Issues in Human Behavior and Sexually Transmitted Diseases in the AIDS Era*, Washington (D.C.), American Society for Microbiology, 1991.
98. ARAL, S.O., L.E. MANHART et K.K. HOLMES. *Op. cit.*, p. 1760.
99. OGILVIE, G., et autres. « Incorporating a social networking approach to enhance contact tracing in a heterosexual outbreak of syphilis », *Sexually Transmitted Infections*, vol. 81, n^o 2, avril 2005, p. 124-127.

100. ARAL, S.O., L.E. MANHART et K.K. HOLMES. *Op. cit.*, p. 1760.
101. *Loc. cit.*
102. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Stratégie québécoise de lutte contre l'infection par le VIH et le sida, l'infection par le VHC et les infections transmissibles sexuellement : Orientations 2003-2009 – Programme national de santé publique 2003-2012 : Document complémentaire*, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003, 56 p. [En ligne].
[http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/0/4d1e72b4476da39c85256def00547c26?OpenDocument&Highlight=0,_2edq74obkg9jmip8_].
103. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Op. cit.*, 2008, p. 72-74.
104. *Loc. cit.*
105. GROULX, S. *Guide pour la promotion et le soutien des pratiques cliniques préventives*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, coll. « L'intégration de pratiques cliniques préventives », 2007, 71 p.
106. BUREAU DE SURVEILLANCE ET DE VIGIE. *Données extraites du Registre central des maladies à déclaration obligatoire*, Québec, Direction générale de santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, Extraction en date du 16 avril 2012.
107. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Protocole d'immunisation du Québec*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2013, [56] + XXXVII + 486 p., [En ligne].
[<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/6335dde40226af59852575cc0048804d?OpenDocument?>].
108. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Guide québécois de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang*, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2006, ix + 149 p., [En ligne].
[<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/c5af2dbdce1f35fc8525714200586b0d?OpenDocument>].
109. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Op. cit.*, 2007.
110. COHEN, M.S., et autres. « Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy », *New England Journal of Medicine*, vol. 365, n° 6, 11 août 2011, p. 493-505.
111. HAMMER, S.M. « Antiretroviral treatment as prevention », *New England Journal of Medicine*, vol. 365, n° 6, 11 août 2011, p. 561-562.
112. VERNAZZA, P., et autres. « Les personnes séropositives ne souffrant d'aucune autre MST et suivant un traitement antirétroviral efficace ne transmettent pas le

VIH par voie sexuelle », *Bulletin des médecins suisses*, vol. 89, n° 5, 30 janvier 2008, p. 165-169.

113. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Guide pour la prophylaxie après une exposition au VIH, au VHB ou au VHC dans un contexte non professionnel*, rédigé par A. Bruneau et autres, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010, 77 p., [En ligne].
[<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-333-01.pdf>].
114. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Guide pour la prophylaxie postexposition (PPE) à des liquides biologiques dans le contexte du travail*, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2011, 57 p., [En ligne].
[<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2011/11-333-02W.pdf>].
115. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. « Interim guidance: Preexposure prophylaxis for the prevention of HIV in men who have sex with men », *Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 60, n° 3, 28 janvier 2011, p. 65-68., [En ligne].
[<http://www.cdc.gov/nchhstp/newsroom/PrEPMSMGuidanceGraphic.html>].
116. INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX. *Guides sur le traitement pharmacologique des ITSS : Syphilis* [6 p.], *Cervicite mucopurulente, atteinte inflammatoire pelvienne (AIP), urétrite, épididymite/orchi-épididymite* [5 p.], *Herpès génital* [4 p.], *Infection à Chlamydia trachomatis, infection à Neisseria gonorrhoeae* [4 p.], *Condylomes (verruës génitales)* [4 p.], Québec, Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, 2012., [En ligne].
[http://www.inesss.qc.ca/index.php?id=65&user_inesssdoc_pi1%5Buid%5D=1682&cHash=cbf971210b964ef6dfc8f2cfec024288].
117. RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC. *Liste de médicaments – Section Renseignements généraux : Programme de gratuité des médicaments pour le traitement des maladies transmissibles sexuellement (MTS)*, 37^e édition, Québec, Service des relations avec la clientèle, Régie de l'assurance maladie du Québec, 2012, pag. variée, [En ligne].
[http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CCkQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.ramq.gouv.qc.ca%2FSiteCollectionDocuments%2Fprofessionnels%2Fmedicaments%2Fliste-medicaments.pdf&ei=GmYeUpXfKpSosAT4pYHoBw&usg=AFQjCNHCB1cWAnLyFwm-6AdwtmWLUAtLSw&sig2=KZzcHOL-q_mhY0yTFkgd1w].
118. ELFORD, R.W., H.L. MACMILLAN et C.N. WATHEN [with the CANADIAN TASK FORCE ON PREVENTIVE HEALTH CARE]. *Counseling for Risky Health Habits: A Conceptual Framework for Primary Care Practitioners*, CTFPHC Technical Report n° 01-7, London (Ontario), Canadian Task Force, 2001, 22 p., cité dans Institut national de santé publique du Québec, *Avis : Optimiser le dépistage et le diagnostic de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2011, p. 131.

119. BURNET INSTITUTE. *Partner Notification of Sexually Transmitted Diseases in New South Wales: An Informed Literature Review*, Melbourne (Australie), Burnet Institute, 2010, 81 p.
120. CENTRE DE COLLABORATION NATIONALE DES MALADIES INFECTIEUSES. *Op. cit.*, p. 51.
121. MILLER, W.R., et S. ROLLNICK. *Motivational Interviewing: Preparing People for Change*, 2^e édition, New York, Guilford Press, 2002, 428 p.
122. *Loc. cit.*
123. COMITÉ CONSULTATIF PROVINCIAL DES MALADIES INFECTIEUSES. *Infections transmissibles sexuellement – Recommandations pour des pratiques optimales en gestion des cas et localisation des contacts*, Toronto, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 2009, 141 p.
124. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. « Section 2 : Soins primaires et infections transmissibles sexuellement », dans *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement*, mises à jour de janvier 2010, Ottawa, Agence de la santé publique du Canada, 2008, p. 13., [En ligne]. [<http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/index-fra.php>].
125. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Op. cit.*, 2007, p. 26-27.
126. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. « Recommendations for partner services programs for HIV infection, syphilis, gonorrhea, and chlamydial infection », *Morbidity and Mortality Weekly Report*, Recommendations and Reports, vol. 57, n° RR-09, 7 novembre 2008, 63 p.
127. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. « Section 2 : Soins primaires et infections transmissibles sexuellement », dans *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement*, mises à jour de janvier 2010, Ottawa, Agence de la santé publique du Canada, 2008, p. 18-20., [En ligne]. [<http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/index-fra.php>].
128. GOLDEN, M.R., E. FAXELID et N. LOW. « Partner notification for sexually transmitted infections including HIV infection: An evidence based assessment », dans K.K. Holmes et autres (sous la dir. de), *Sexually Transmitted Diseases*, Chapitre 54, 4^e édition, New York, McGraw-Hill, 2008, p. 965-984.
129. KRETZSCHMAR, M., et autres. « Comparative model-based analysis of screening programs for *Chlamydia trachomatis* infections », *American Journal of Epidemiology*, vol. 153, n° 1, 1^{er} janvier 2001, p. 90-101.
130. BATTEIGER, B.E., et autres. « Repeated *Chlamydia trachomatis* genital infections in adolescent women », *The Journal of Infectious Diseases*, vol. 201, n° 1, 1^{er} janvier 2010, p. 42-51.

131. WHITTINGTON, W., et autres. « Determinants of persistent and recurrent *Chlamydia trachomatis* infection in young women: Results of a multicenter cohort study », *Sexually Transmitted Diseases*, vol. 28, n° 2, février 2001, p. 117-123.
132. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. *Op. cit.*, 2008.
133. GOLDEN, M.R., E. FAXELID et N. LOW. *Op. cit.*
134. MATHEWS, C., et N. COETZEE. « Partner notification », *Clinical Evidence (Online)*, n° 1605, publié en ligne le 20 mai 2009, 38 p. [En ligne].
[<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD002843/pdf/standard>].
135. GOLDEN, M.R., et autres. « Partner notification for chlamydial infections among private sector clinicians in Seattle-King County: A clinician and patient survey », *Sexually Transmitted Diseases*, vol. 26, n° 9, octobre 1999, p. 543-547.
136. OXMAN, A.D., et autres. « Partner notification for sexually transmitted diseases: An overview of the evidence », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 85, suppl. 1, juillet-août 1994, p. S41-S48.
137. MACKE, B.A., et J.E. MAHER. « Partner notification in the United States: An evidence-based review », *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 17, n° 3, octobre 1999, p. 230-242.
138. ST. LAWRENCE, J.S., et autres. « STD screening, testing, case reporting, and clinical and partner notification practices: A national survey of US physicians », *American Journal of Public Health*, vol. 92, n° 11, novembre 2002, p. 1784-1788.
139. GOLDEN, M.R., E. FAXELID et N. LOW. *Op. cit.*
140. HOGBEN, M., et autres. « Syphilis partner notification with men who have sex with men : A review and commentary », *Sexually Transmitted Diseases*, vol. 32, n° 10, suppl., octobre 2005, p. S43-S47.
141. GOLDEN, M.R., E. FAXELID et N. LOW. *Op. cit.*
142. GOLDEN, M.R., et autres. *Op. cit.*, 1999.
143. MACKE, B.A., et J.E. MAHER. *Op. cit.*
144. MATHEWS, C., et autres. « A systematic review of strategies for partner notification for sexually transmitted diseases, including HIV/AIDS », *International Journal of STD and AIDS*, vol. 13, n° 5, mai 2002, p. 285-300.
145. RAHMAN, M., M. KHAN et L. LONGFELLOW. « Incremental cost-effectiveness of introducing partner notification with selective screening for STD control in Louisiana », *Sexually Transmitted Infections*, vol. 87, n° suppl. 1, juillet 2011, p. A94-A95 (Résumé d'une session orale, 19^e Conférence biennale de l'International Society for Sexually Transmitted Diseases Research tenue à Québec en juillet 2011).

146. GOLDEN, M.R., et autres. *Op. cit.*, 1999.
147. WARSZAWSKI, J., et L. MEYER. « Sex difference in partner notification: results from three population based surveys in France », *Sexually Transmitted Infections*, vol. 78, n° 1, février 2002, p. 45-49.
148. GOLDEN, M.R., E. FAXELID et N. LOW. *Op. cit.*
149. KERNS, J.L., et autres. « Implementation of expedited partner therapy among women with chlamydia infection at an urban family planning clinic », *Sexually Transmitted Diseases*, vol. 38, n° 8, août 2011, p. 722-726.
150. WARSZAWSKI, J., et L. MEYER. *Op. cit.*
151. *Loc. cit.*
152. GOLDEN, M.R., E. FAXELID et N. LOW. *Op. cit.*
153. HOGBEN, M., et autres. *Op. cit.*
154. MENZA, T.W., et autres. « Partner notification for gonococcal and chlamydial infections in men who have sex with men: Success is underestimated by traditional disposition codes », *Sexually Transmitted Diseases*, vol. 35, n° 1, janvier 2008, p. 84-90.
155. LAMBERT, G., et autres. *Évaluation d'un service de soutien à la notification aux partenaires de personnes atteintes d'une maladie transmissible sexuellement (MTS) autre que l'infection à VIH*, Montréal et Laval, Direction de santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre et Régie régionale de la santé et des services sociaux de Laval, 1998, pag. variée.
156. OTIS, J., et M. BEAULIEU. *Appréciation de l'implantation d'un service régional de soutien à l'intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une infection transmissible sexuellement et auprès de leurs partenaires*, Longueuil, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 2009, 131 p., [En ligne].
[<http://extranet.santemonteregie.qc.ca/depot/document/2363/N3-ITSS-RapportAppreciationIPPAP.pdf>].
157. BISIZI, M.S., et autres. *Intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une infection transmissible sexuellement et auprès de leurs partenaires (IPPAP) : Rapport d'évaluation sur les conditions de réalisation des IPPAP dans les centres de santé et de services sociaux de la Montérégie*, Longueuil, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 2011, 73 p. [En ligne].
[<http://extranet.santemonteregie.qc.ca/depot/document/3202/ITSS-Rapport-IPPAP.pdf>].
158. LAMBERT, G., et autres. *Op. cit.*, 1998.
159. OTIS, J., et M. BEAULIEU. *Op. cit.*

160. LAMBERT, G., et autres. *Op. cit.*, 1998.
161. OTIS, J., et M. BEAULIEU. *Op. cit.*
162. LAMBERT, G., et autres. *Op. cit.*, 1998.
163. OTIS, J., et M. BEAULIEU. *Op. cit.*
164. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. *Op. cit.*, 2008.
165. HOGBEN, M. « Partner notification for sexually transmitted diseases », *Clinical Infectious Diseases*, vol. 44, n° suppl. 3, 1^{er} avril 2007, p. S160-S174.
166. COMITÉ CONSULTATIF PROVINCIAL DES MALADIES INFECTIEUSES. *Op. cit.*
167. BURNET INSTITUTE. *Op. cit.*
168. VALLÈS, X., D. CARNICER-PONT et J. CASABONA. « Partner notification in sexually transmitted infections: A neglected activity? », (Article en espagnol : Estudios de contactos para infecciones de transmisión sexual. ¿Una actividad descuidada?), *Gaceta sanitaria*, vol. 25, n° 3, mai-juin 2011, p. 224-232.
169. BELL, G., et J. POTTERAT. « Partner notification for sexually transmitted infections in the modern world: a practitioner perspective on challenges and opportunities », *Sexually Transmitted Infections*, vol. 87, n° suppl. 2, décembre 2011, p. ii34-ii36.
170. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. *Op. cit.*, 2008.
171. *Loc. cit.*
172. GOLDEN, M.R., et autres. *Op. cit.*, 1999.
173. GOLDEN, M.R., E. FAXELID et N. LOW. *Op. cit.*
174. GOLDEN, M.R., et autres. *Op. cit.*, 1999.
175. *Loc. cit.*
176. GOLDEN, M.R., E. FAXELID et N. LOW. *Op. cit.*
177. VOLMINK, J. « Strategies for partner notification for sexually transmitted diseases: RHL commentary », *The WHO Reproductive Health Library*, dernière révision le 11 novembre 2002, [En ligne]. [http://apps.who.int/rhl/rti_sti/jvocom/en/index.html].
178. GOLDEN, M.R., et autres. *Op. cit.*, 1999.
179. LOW, N., et autres. « Partner notification of chlamydia infection in primary care: randomised controlled trial and analysis of resource use », *British Medical Journal*, doi:10.1136/bmj.38678.405370.7C, publié en ligne le 15 décembre 2005, 6 p., [En ligne]. [<http://www.bmj.com/content/332/7532/14.pdf%2Bhtml>].

180. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. *Op. cit.*, 7 novembre 2008, 63 p.
181. COMITÉ CONSULTATIF PROVINCIAL DES MALADIES INFECTIEUSES, *Op. cit.*, 2009.
182. HOPKINS, C.A., et autres. « Telling partners about chlamydia: how acceptable are the new technologies? », *BioMed Central Infectious Diseases*, vol. 10, art. n° 58, publié en ligne le 9 mars 2010, 6 p., [En ligne].
[<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2334-10-58.pdf>].
183. CHACKO, M.R., P.B. SMITH et C.A. KOZINETZ. « Understanding partner notification (Patient self-referral method) by young women », *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, vol. 13, n° 1, février 2000, p. 27-32.
184. MIGLIARDI, P., et autres. *Let your Partners Know... Sexually Transmitted Infections Case Initiated Partner Notification: Best Approaches in Winnipeg*, Winnipeg (Manitoba), Sexuality Education Resource Center, 2011, 43 p.
185. BURNET INSTITUTE. *Op. cit.*
186. HOGBEN, M., et P. KISSINGER. « A review of partner notification for sex partners of men infected with chlamydia », *Sexually Transmitted Diseases*, vol. 35, n°11, suppl., novembre 2008, p. S34-S39.
187. TRELLE, S., et autres. « Improved effectiveness of partner notification for patients with sexually transmitted infections: systematic review », *British Medical Journal*, vol. 334, n° 7604, 2007, p. 354-357, [doi: 10.1136/bmj.39225.449965.AD].
188. HOGBEN, M., G.R. BURSTEIN et M.R. GOLDEN. « Partner notification in the clinician's office: patient health, public health and interventions », *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, vol. 21, n° 5, octobre 2009, p. 365-370.
189. SCHILLINGER, J.A., et M. HOGBEN. « Partner notification for gonorrhea: Time for new ideas », *Sexually Transmitted Diseases*, vol. 34, n° 4, avril 2007, p. 195-196.
190. HOGBEN, M., et P. KISSINGER. *Op. cit.*
191. *Loc. cit.*
192. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Entre caresses et baisers, une ITS s'est faufilée... Il faut en parler*, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2009, 28 p., [En ligne].
[<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/ff52dbec0b2ed788852566de004c8584/36b709418f4c6232852570ad0073c3fb?OpenDocument>].
193. HOGBEN, M., G.R. BURSTEIN et M.R. GOLDEN. *Op. cit.*
194. TOMNAY, J.E., M.K. PITTS et C.K. FAIRLEY. « New technology and partner notification: why aren't we using them? », *International Journal of STD and AIDS*, vol. 16, n° 1, 1^{er} janvier 2005, p. 19-22.

195. MIMIAGA, M.J., et autres. « HIV and STD status among MSM and attitudes about Internet partner notification for STD exposure », *Sexually Transmitted Diseases*, vol. 35, n° 2, février 2008, p. 111-116.
196. RIETMEIJER, C.A., et autres. « Evaluation of an online partner notification program », *Sexually Transmitted Diseases*, vol. 38, n° 5, mai 2011, p. 359-364.
197. LEVINE, D., et autres. « inSPOT : The first online STD partner notification system using electronic postcards », *Public Library of Science (PLoS) Medicine*, vol. 5, n° 10, octobre 2008, p. 1428-1431.
198. HOGBEN, M., et J. HOOD. « Acquired skills in sexually transmitted disease prevention: Partner services and tailoring interventions to populations », *Sexually Transmitted Diseases*, vol. 38, n° 5, mai 2011, p. 365-366.
199. MIMIAGA, M.J., et autres. *Op. cit.*
200. MARK, K.E., et autres. « Internet and email use among STD clinic patients », *Sexually Transmitted Diseases*, vol. 35, n° 11, novembre 2008, p. 960-965.
201. MIMIAGA, M.J., et autres. *Op. cit.*
202. EHLMAN, D.C., et autres. « Evaluation of an innovative Internet-based Partner notification Program for early syphilis case management, Washington, DC, January 2007–June 2008 », *Sexually Transmitted Diseases*, vol. 37, n° 8, août 2010, p. 478-485.
203. VALLÈS, X., D. CARNICER-PONT et J. CASABONA. *Op. cit.*
204. MIMIAGA, M.J., et autres. *Op. cit.*
205. MARK, K.E., et autres. *Op. cit.*
206. BURNET INSTITUTE. *Op. cit.*
207. CURIOSO, W.H., et autres. « Information and communication technologies for prevention and control of HIV infection and other STIs », dans K.K. Holmes et autres, *Sexually Transmitted Diseases*, Chapitre 108, 4^e édition, New York, McGraw-Hill, 2008, p. 2057-2074.
208. NATIONAL COALITION OF STD DIRECTORS. *National Guidelines for Internet-based STD and HIV Prevention: Accessing the Power of the Internet for Public Health*, Washington (D.C.), National Coalition of STD Directors, 2008, 133 p.
209. CURIOSO, W.H., et autres. *Op. cit.*
210. *Loc. cit.*
211. HOPKINS, C.A., et autres. *Op. cit.*

212. CURIOSO, W.H., et autres. *Op. cit.*
213. VALLÈS, X., D. CARNICER-PONT et J. CASABONA. *Op. cit.*
214. MIMIAGA, M.J., et autres. *Op. cit.*
215. MARK, K.E., et autres. *Op. cit.*
216. KACHUR, R., et autres. « Reaching patients and their partners through mobile: text messaging for case management and partner notification », *Sexually Transmitted Diseases*, vol. 38, n° 2, février 2011, p. 149-150.
217. MENDEZ, J., et J. MAHER. « Evidence supporting the use of text messaging for partner services », *Sexually Transmitted Diseases*, vol. 39, n° 3, mars 2012, p. 238-239.
218. GOLDEN, M.R., et autres. *Op. cit.*, 1999.
219. NATIONAL COLLABORATING CENTRE FOR INFECTIOUS DISEASES. *A Mixed-Methods Approach to Addressing Challenges Related to STBBI Partner Notification in Canada: Consultation Proceedings*, Toronto (Ontario), 3-4 octobre 2011, s. l., National Collaborating Centre for Infectious Diseases, 2011, 35 p.
220. BURNET INSTITUTE. *Op. cit.*
221. CAMERON, S.T., et autres. « Novel interventions to reduce re-infection in women with chlamydia: A randomized controlled trial », *Human Reproduction*, vol. 24, n° 4, avril 2009, p. 888-895.
222. TRELLE, S., et autres. *Op. cit.*
223. MCFARLANE, M., et autres. « Internet-based health promotion and disease control in the 8 cities: successes, barriers, and future plans », *Sexually Transmitted Diseases*, vol. 32, n° 10, suppl., octobre 2005, p. S60-S64.
224. CAMERON, S.T., et autres. *Op. cit.*
225. BURNET INSTITUTE. *Op. cit.*
226. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. *Expedited partner therapy in the management of sexually transmitted diseases*, Atlanta (Géorgie), U.S. Department of Health and Human Services, 2006, 52 p., [En ligne]. [<http://www.cdc.gov/std/ept/>].
227. COMITÉ CONSULTATIF PROVINCIAL DES MALADIES INFECTIEUSES. Toronto. *Op. cit.*
228. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. « Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2010 », *Morbidity and Mortality Weekly Report, Recommendations and Reports*, vol. 59, n° RR-12, 17 décembre 2010, 110 p., [En ligne]. [<http://www.cdc.gov/std/treatment/2010/>].

229. KLAUSNER, J.D., et J.K. CHAW. « Patient-delivered therapy for chlamydia: Putting research into practice », *Sexually Transmitted Diseases*, vol. 30, n° 6, juin 2003, p. 509-511.
230. MATHEWS, C., et N. COETZEE. *Op. cit.*
231. KISSINGER, P., et M. HOGBEN. « Expedited partner treatment for sexually transmitted infections: an update », *Current Infectious Disease Reports*, vol. 13, n° 2, avril 2011, p. 188-195.
232. ESTCOURT, C., et autres. « Can we improve partner notification rates through expedited partner therapy in the UK? Findings from an exploratory trial of Accelerated Partner Therapy (APT) », *Sexually Transmitted Infections*, vol. 88, n° 1, février 2012, p. 21-26.
233. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. *Op. cit.*, 2006.
234. HOGBEN, M., et G. BURSTEIN. « Expedited partner therapy for adolescents diagnosed with gonorrhea or chlamydia: A review and commentary », *Adolescent Medicine Clinics*, vol. 17, n° 3, octobre 2006, p. 687-695.
235. KISSINGER, P., et M. HOGBEN. *Op. cit.*
236. GOLDEN, M., et autres. « Evaluation of a population-based program of expedited partner therapy for gonorrhea and chlamydial Infection », *Sexually Transmitted Diseases*, vol. 34, n° 8, août 2007, p. 598-603.
237. GOLDEN, M.R. *Services aux partenaires de patients ayant une ITS : Aperçu*, présentation PowerPoint, 26 diapositives, faite au Symposium pré-colloque de l'Agence de la santé publique du Canada (avant la 19^e Conférence biennale de l'International Society for Sexually Transmitted Diseases Research tenue à Québec du 10 au 13 juillet 2011).
238. GIFT, T.L., et autres. « The cost and cost-effectiveness of expedited partner therapy compared with standard partner referral for the treatment of chlamydia or gonorrhoea », *Sexually Transmitted Diseases*, vol. 38, n° 11, novembre 2011, p. 1067-1073.
239. ROBERTS, T.E., et autres. « Is Accelerated Partner Therapy (APT) a cost-effective alternative to routine patient referral partner notification in the UK? Preliminary cost-consequence analysis of an exploratory trial », *Sexually Transmitted Infections*, vol. 88, n° 1, février 2012, p. 16-20.
240. COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC. « Questions et réponses liées au partage des activités médicales : Un médecin peut-il remettre à un patient une ordonnance de médicaments visant son partenaire sexuel pour le traitement d'une ITSS? », *Le Collège*, vol. 48, n° 4, automne 2008, p. 11, [En ligne].
[http://www.cmq.org/fr/MedecinsMembres/Profil/Commun/AProposOrdre/Publications/~media/Files/Revue/CMQ_LeCollege_Automne2008.ashx?61228].

241. *Loc. cit.*
242. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Op. cit.*, 2003.
243. *Loc. cit.*
244. *Loc. cit.*
245. GROULX, S. *Op. cit.*
246. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Le dépistage anonyme du VIH : Vers des services intégrés de dépistage du VIH, des MTS et des hépatites virales – Orientations*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001, 30 p.
247. DUROCHER, L., et S. YOUNG, en coll. avec F. DUQUET. *Guide de réflexion et d'intégration de la dimension de la sexualité dans l'intervention*, [Montréal], Centre jeunesse de Montréal, Institut universitaire, et Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal, coll. « Intervention et services », 2001, 110 p.
248. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Op. cit.*, 2008, p. 55.
249. DUQUET, F. *L'éducation à la sexualité dans le contexte de la réforme de l'éducation*, [Québec], ministère de l'Éducation et ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003, 56 p., [En ligne].
[http://www.mels.gouv.qc.ca/lancement/eudcation_sexualite/].
250. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. *Lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle*, Ottawa, Agence de la santé publique du Canada, 2008, 64 p., [En ligne].
[<http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cgshe-ldnemss/index-fra.php>].
251. MARTIN, C., et L. ARCAND. *École en santé : Guide à l'intention du milieu scolaire et de ses partenaires – Pour la réussite éducative, la santé et le bien-être des jeunes*, [Québec], ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, 2005, 66 p., [En ligne].
[<http://www.mels.gouv.qc.ca/DGFJ/csc/promotion/ecoleensante.html>].
252. SECRÉTARIAT À LA JEUNESSE. *Stratégie d'action jeunesse 2009-2014 : Enrichir le Québec de sa relève*, 2009, [Québec], Secrétariat à la jeunesse, 99 p., [En ligne].
[<http://www.jeunes.gouv.qc.ca/strategie/>].
253. GAUTHIER, J., et C. VILLENEUVE. *Pour soutenir la collaboration entre les centres de santé et de services sociaux (CSSS) et les collèges publics du Québec : Cadre de référence*, [Québec], ministère de la Santé et des Services sociaux et ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, 2010, 36 p., [En ligne].
<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/cf5d4a3a04979fbf852577d500580e6d?OpenDocument>].
254. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Ça s'exprime*, [En ligne].
[<http://www.casexprime.gouv.qc.ca/fr/magazine>].

255. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Entre les transformations, les frissons, les passions... et toutes les questions : Petit guide à l'usage des parents pour discuter de sexualité avec leur adolescent*, rédigé par J. Pelletier, 5^e édition, [Québec], Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2012, 42 p., [En ligne].
[<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/0/e7c1c280949f8ee1852572c000626038?OpenDocument>].
256. OTIS, J. *Santé sexuelle et prévention des MTS et de l'infection au VIH : Bilan d'une décennie de recherche au Québec auprès des adolescents et adolescentes et des jeunes adultes*, [Québec], Direction générale de la planification et de l'évaluation, ministère de la Santé et des Services sociaux, coll. « Études et analyses », n^o 28, 1996, XIV +164 p.
257. LAMBERT, G., et autres. *Op. cit.*, 2012.
258. DUROCHER, L., et S. YOUNG, en coll. avec F. DUQUET. *Op. cit.*
259. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Orientations relatives aux standards d'accès, de qualité, d'efficacité et d'efficience : Programme-services jeunes en difficulté – Offre de service 2007-2012*, rédigé par L. Bérubé et autres, [Québec], Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2007, 92 p., [En ligne].
[<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/fb143c75e0c27b69852566aa0064b01c/7c5699a82a7a4961852573e0005418c7?OpenDocument>].
260. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Au féminin... à l'écoute de nos besoins : Objectifs ministériels et stratégie d'action en santé et bien-être des femmes*, rédigé par N. Gravel et autres, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2002, 61 p. [En ligne].
[<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/961885cb24e4e9fd85256b1e00641a29/363b76bda235717c852574b2006e2951?OpenDocument>].
261. *Loc. cit.*
262. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. « Section 6 : Populations spécifiques, sous-section Femmes enceintes », dans *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement*, mises à jour de janvier 2010, Ottawa, Agence de la santé publique du Canada, 2008, p. 1., [En ligne]. [<http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/index-fra.php>].
263. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Op. cit.*, 2008, p. 60.
264. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Guide québécois de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang*, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2006, ix + 149 p. Tableau p. 47, mise à jour de mars 2010.

265. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Programme d'intervention sur l'infection par le VIH et la grossesse*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2012, [4] p., [En ligne].
[<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/ad3286171667c9a18525681500530bd0/12d305f24b51fa298525749600526fff?OpenDocument>].
266. DORÉ, N., et D. LE HÉNAFF. *Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans : Guide pratique pour les mères et les pères*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2012, 736 p., [En ligne].
[<http://www.inspq.qc.ca/MieuxVivre/>].
267. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. « Section 6 : Populations spécifiques, sous-section Femmes enceintes », dans *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement*, mises à jour de janvier 2010, Ottawa, Agence de la santé publique du Canada, 2008, p. 1-18., [En ligne].
[<http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/index-fra.php>].
268. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *L'adaptation des services sociaux et de santé aux réalités homosexuelles : Orientations ministérielles*, rédigé par M. Clermont et G. Sioui-Durand, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1997, 33 p.
269. MINISTÈRE DE LA JUSTICE DU QUÉBEC. *Politique québécoise de lutte contre l'homophobie : Ensemble vers l'égalité sociale*, [Québec], ministère de la Justice du Québec, 2009, 39 p.
270. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. « Section 6 : Populations spécifiques, sous-section Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes et Femmes ayant des relations sexuelles avec d'autres femmes », dans *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement*, mises à jour de janvier 2010, Ottawa, Agence de la santé publique du Canada, 2008, p. 1-7., [En ligne]. [<http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/index-fra.php>].
271. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Pour une approche pragmatique de prévention en toxicomanie : Orientations, axes d'intervention, actions*, rédigé par C. Biron, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001, 56 + [2] p.
272. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Actions proposées pour la prévention du VIH-sida et de l'hépatite C chez les personnes utilisatrices de drogues : Rapport du comité conseil sur la prévention du VIH et du VHC chez les personnes utilisatrices de drogues*, rédigé par H. Gilbert, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2009, VIII + 62 p.
273. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. « Section 6 : Populations spécifiques, sous-section Consommation de substances psychoactives », dans *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement*, mises à jour de janvier 2010, Ottawa, Agence de la santé publique du Canada, 2008, p. 1-8., [En ligne]. [<http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/index-fra.php>].

274. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. « Section 6 : Populations spécifiques, sous-section Détenus et délinquants », dans *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement*, mises à jour de janvier 2010, Ottawa, Agence de la santé publique du Canada, 2008, p. 3., [En ligne].
[<http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/index-fra.php>].
275. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Op. cit.*, 2003, p. 54.
276. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. « Section 6 : Populations spécifiques, sous-section Détenus et délinquants », dans *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement*, mise à jour de janvier 2010, Ottawa, Agence de la santé publique du Canada, 2008, p. 1-7., [En ligne].
[<http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/index-fra.php>].
277. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. « Section 6 : Populations spécifiques, sous-section Immigrants et réfugiés », dans *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement*, mises à jour de janvier 2010, Ottawa, Agence de la santé publique du Canada, 2008, p. 2., [En ligne].
[<http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/index-fra.php>].
278. ADRIEN, A., et autres. « Le VIH/sida et son contexte culturel : L'étude canadienne sur les déterminants des comportements ethnoculturellement spécifiques liés au VIH/sida », *Revue canadienne de santé publique / Canadian Journal of Public Health*, vol. 87, n° S1, suppl., mai-juin 1996, p. S1-S53.
279. AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL. *Trousse d'outils pour la prévention et le soutien auprès des Québécois d'origine haïtienne*, (13 manuels, 3 DVD et 1 CD-ROM), Montréal, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, COCQ-Sida et GAP-VIES, 2008.
280. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. « Section 6 : Populations spécifiques, sous-section Immigrants et réfugiés », dans *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement*, mises à jour de janvier 2010, Ottawa, Agence de la santé publique du Canada, 2008, p. 1-5., [En ligne].
[<http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/index-fra.php>].
281. COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DES PREMIÈRES NATIONS DU QUÉBEC ET DU LABRADOR. *Plan directeur de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec 2007-2017 : Remédier aux disparités... accélérer le changement*, rédigé par M. Lamari, Wendake (Québec), Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador, 2007, 105 p.
282. TJEPKEMA, M. « La santé des Autochtones vivant hors réserve », *Rapports sur la santé*, vol. 13, suppl., 2002, p. 81-97.
283. COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DES PREMIÈRES NATIONS DU QUÉBEC ET DU LABRADOR. *Le cercle de l'espoir : Effort, solidarité, prévention, organisation, intervention et recherche*, Wendake (Québec), Commission de la

santé et des services sociaux des premières nations du Québec et du Labrador, 2000, 18 p.

284. COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DES PREMIÈRES NATIONS DU QUÉBEC ET DU LABRADOR. *Op. cit.*, 2007.
285. AGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. « Section 6 : Populations spécifiques, sous-section Les travailleurs de l'industrie du sexe », dans *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement*, mises à jour de janvier 2010, Ottawa, Agence de la santé publique du Canada, 2008, p. 1., [En ligne]. [<http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/index-fra.php>].
286. BLANCHARD, J.F., et S. MOSES. « Female sex workers and their clients in the epidemiology and control of sexually transmitted disease », dans K.K. Holmes et autres (sous la dir. de), *Sexually Transmitted Diseases*, Chapitre 12, 4^e édition, New York, McGraw-Hill, 2008.
287. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. « Section 6 : Populations spécifiques, sous-section Les travailleurs de l'industrie du sexe », dans *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement*, mises à jour de janvier 2010, Ottawa, Agence de la santé publique du Canada, 2008, p. 1-3., [En ligne]. [<http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/index-fra.php>].
288. *Loc. cit.*
289. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Guide des bonnes pratiques en santé des voyageurs*, rédigé par Y.G. Bui, M. Brizard et S. Gagnon, [Québec], Institut national de santé publique du Québec, 2011, 7 p., [En ligne]. [<http://www.inspq.qc.ca/aspx/fr/ccqsv.aspx?sortcode=1.50.51.53>].
290. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. « Section 6 : Populations spécifiques, sous-section Voyageurs », dans *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement*, mises à jour de janvier 2010, Ottawa, Agence de la santé publique du Canada, 2008, p. 1-4., [En ligne]. [<http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/index-fra.php>].
291. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Op. cit.*, 2011.
292. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Programme national de santé publique 2003-2012 : Mise à jour 2008*, rédigé par J. Gauthier et A.M. Langlois, Annexe 1 : Les fonctions de santé publique, section La protection de la santé, [Québec], Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2008, p. 107-110., [En ligne]. [<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/0/f83b3d7956d513758525743c0068adff>].
293. COMITÉ D'ÉTHIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE. *La surveillance continue de l'état de santé de la population, une synthèse*, rédigé par L. Bouthillier et F. Filiatrault, Montréal, Institut national de santé publique du Québec, 2003, 13 p., [En ligne].

[http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1233_Surveillance_continue_sante_population.pdf].

294. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Op. cit.* 2009, 28 p.
295. *Loc. cit.*
296. MILLER, W.R., et S. ROLLNICK. *Op. cit.*
297. COMITÉ CONSULTATIF PROVINCIAL DES MALADIES INFECTIEUSES. *Op. cit.*
298. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. *Op. cit.*
299. *Loc. cit.*
300. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Op. cit.* 2009, 28 p.
301. COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC. *L'organisation du cabinet et la gestion des dossiers médicaux et autres obligations connexes prévues par le Règlement sur la tenue des dossiers, des cabinets ou bureaux des médecins ainsi que des autres effets : Guide d'exercice*, Montréal, Collège des médecins du Québec, 2007, 35 p.
302. PROVOST, M.H., et autres. *Description, impact et conditions d'efficacité des stratégies visant l'intégration de la prévention dans les pratiques cliniques : revue de la littérature*, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, coll. « L'intégration de pratiques cliniques préventives », 2007, 166 p. [En ligne].
[<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/ff52dbec0b2ed788852566de004c8584/d93931b92d211699852573d2005375e8?OpenDocument>].
303. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Op. cit.* 2009, 28 p.
304. QUÉBEC. *Règlement ministériel d'application de la Loi sur la santé publique, chapitre S-2.2, règlement 2, à jour au 1^{er} avril 2013*, [Québec], Éditeur officiel du Québec, [En ligne].
[http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=3&file=/S_2_2/S2_2R2.HTM].
305. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Surveillance des maladies à déclaration obligatoire au Québec : Guide de saisie des données du registre central des maladies à déclaration obligatoire*, rédigé par E. Bisson, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004, vi + 311 p., [En ligne].
[<http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/mado.php>].
306. *Loc. cit.*
307. VENNE, S., et autres. *Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec : Année 2011 (et projections 2012)*, Québec, Direction des

communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, coll. « Analyses et surveillance », n° 43, 2013, 112 p., [En ligne].
[<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2012/12-329-01W.pdf>].

308. QUÉBEC. *Loi sur la santé publique, chapitre S-2.2, à jour au 1^{er} avril 2013*, [Québec], Éditeur officiel du Québec [En ligne],
[http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S_2_2/S2_2.html].
309. QUÉBEC. *Règlement d'application de la loi sur la santé publique, chapitre S-2.2, règlement 1 à jour au 1^{er} mai 2013*, [Québec], Éditeur officiel du Québec [En ligne],
[http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=3&file=/S_2_2/S2_2R2.HTM].
310. *Loc. cit.*
311. QUÉBEC. *Code civil du Québec, à jour au 1^{er} mai 2013*, [Québec], Éditeur officiel du Québec [En ligne],
[http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/CCQ_1991/CCQ1991.html].
312. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Op. cit.* 2006, IX + 149 p.
313. MASSÉ, R. *Cadre de référence sur les enjeux éthiques en santé publique*, résumé d'un texte paru dans R. Massé, *Éthique et santé publique*, Sainte-Foy et Bruxelles, Presses de l'Université Laval et De Boeck, 2003, 19 p.
314. OTIS, J., et M. BEAULIEU. *Op. cit.*
315. BISIZI, M.S., et autres. *Op. cit.*
316. OTIS, J., et M. BEAULIEU. *Op. cit.*
317. MORIN, D. *Analyse de l'organisation des services d'enquêtes et d'intervention épidémiologiques dans la région de la Chaudière-Appalaches pour le domaine des maladies infectieuses*, [Sainte-Marie (Québec)], Direction de la santé publique et de l'évaluation, Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2006, v + 33 p.
318. BISIZI, M.S., et autres. *Op. cit.*
319. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Op. cit.* 2009, 28 p.
320. *Loc. cit.*
321. MORIN, D. *Op. cit.*

Annexe 1 : La lutte contre les infections transmissibles sexuellement et par le sang au Québec : documents d'orientation

Les documents dont il est question dans la présente annexe donnent les orientations québécoises en matière de lutte contre les ITSS. Lorsqu'ils sont cités dans le texte, le lecteur peut s'y référer : un lien électronique permet de les consulter en ligne.

Plan stratégique 2010-2015 du ministère de la Santé et des Services sociaux^a

Le Plan stratégique 2010-2015 du ministère de la Santé et des Services sociaux s'inscrit dans la poursuite des actions qui visent tant à améliorer la santé et le bien-être de la population qu'à rendre les services de santé et les services sociaux plus accessibles, mieux coordonnés et continus. Il présente des enjeux, des orientations, des objectifs et des indicateurs à cette fin. Les six enjeux sont les suivants :

- 1) l'action en amont des problèmes et la réduction des inégalités en matière de santé et de bien-être ;
- 2) la primauté des services de première ligne dans une perspective d'intégration et de hiérarchisation des services ;
- 3) un délai raisonnable pour l'accès aux services ;
- 4) la qualité des services et l'innovation ;
- 5) l'attraction, la rétention et la contribution optimale des ressources humaines ;
- 6) une gestion performante et imputable.

Si plusieurs enjeux et orientations peuvent contribuer à la lutte contre les ITSS, l'enjeu 1 en traite expressément. L'orientation 1.1 de cet enjeu invite à agir de façon concertée sur les principaux déterminants de la santé et du bien-être. L'objectif 1.1.2 vise à soutenir l'intégration de la prévention dans les services cliniques de première ligne par la priorité accordée aux ITSS, aux habitudes de vie et aux maladies chroniques ainsi qu'aux chutes chez les personnes âgées et au suicide. Concrètement, 85 % des pratiques cliniques préventives prioritaires (dont celles qui se rapportent aux ITSS) devraient avoir fait l'objet d'activités de soutien d'ici 2015.

Loi sur la santé publique et règlements d'application^b

La Loi sur la santé publique encadre le développement de la prévention au sein du système de santé et de services sociaux. Elle définit les fonctions de santé publique

a. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Plan stratégique 2010-2015*, [Québec], Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010, [En ligne].

[<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/fb143c75e0c27b69852566aa0064b01c/56cbe2d0d1930c8852577d7006761b7?OpenDocument>].

b. QUÉBEC. *Loi sur la santé publique, chapitre S-2.2, à jour au 1^{er} avril 2013*, [Québec], Éditeur officiel du Québec, [En ligne],

[http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S_2_2/S2_2.html], *Règlement d'application de la Loi sur la santé publique, chapitre S-2.2, règlement 1, à jour au 1^{er} mai 2013*, [Québec], Éditeur officiel du Québec, [En ligne].

[http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=3&file=/S_2_2/S2_2_R1.HTM] et *Règlement ministériel d'application de la Loi sur la santé publique, chapitre S-2.2, règlement 2, à jour au 1^{er} avril 2013*, [Québec], Éditeur officiel du Québec, [En ligne]. [http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=3&file=/S_2_2/S2_2_R2.HTM].

ainsi que les rôles et les responsabilités des intervenants. Elle prévoit des leviers d'action.

Le Règlement ministériel d'application de la Loi sur la santé publique (chapitre S-2, r. 2) apporte des précisions sur les obligations édictées dans la Loi sur la santé publique.

L'intervention de santé publique à la suite de la déclaration d'un cas d'ITS s'inscrit dans les fonctions de santé publique, soit : 1) la protection de la santé, 2) la surveillance continue de l'état de santé de la population, 3) la prévention des maladies et, dans une moindre mesure, 4) la promotion de la santé et du bien-être.

Programme national de santé publique du Québec 2003-2012, mise à jour 2008^a

Le Programme national de santé publique (PNSP) découle de la Loi sur la santé publique. Il constitue un outil pour favoriser la cohérence des actions de santé publique tout en étant un levier important pour renforcer la prévention au sein du système de santé et de services sociaux. Il tient compte des transformations qu'a connues le réseau de la santé et des services sociaux depuis quelques années. La Loi sur la santé publique stipule que le programme doit s'implanter par l'intermédiaire des plans d'actions régionaux et locaux.

Le PNSP privilégie cinq stratégies d'actions permettant de cibler à la fois l'individu et son environnement :

- 1) renforcer le potentiel des personnes ;
- 2) soutenir le développement des communautés ;
- 3) soutenir l'action intersectorielle favorable à la santé et au bien-être ;
- 4) soutenir les groupes vulnérables ;
- 5) encourager le recours aux pratiques cliniques préventives efficaces.

Au sujet des maladies à déclaration obligatoire, des manifestations cliniques inhabituelles liées à l'immunisation et des signalements, le PNSP indique les responsabilités du réseau de santé publique à l'égard des activités relatives à la vigie, à la surveillance et à l'intervention. On peut y lire que « l'application des lignes directrices pour l'investigation des cas, la prévention des cas secondaires et le contrôle des éclosions constitue une mesure efficace de protection de la santé » (p. 51).

Trois axes d'intervention orientent les actions visant à réduire les ITSS :

- 1) offre de services aux populations à risque (services offerts dans les milieux de vie, consolidation des pratiques cliniques préventives, continuum de services incluant la prise en charge et le traitement) ;
- 2) organisation d'activités dans les milieux de vie des populations vulnérables socialement ;

a. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Programme national de santé publique 2003-2012 : Mise à jour 2008*, rédigé par J. Gauthier et A.M. Langlois, [Québec], Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2008, 103 p. Le programme a été prolongé jusqu'en 2015. [En ligne]. [<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/0/f83b3d7956d513758525743c0068adff>].

- 3) création d'environnements favorables à la prévention des ITSS (où l'on facilite l'accès aux condoms et au matériel d'injection stérile, notamment).

Ces trois axes d'intervention impliquent la concertation, le soutien et la mobilisation des partenaires intersectoriels et intrasectoriels. Par exemple, les actions en milieu scolaire sont menées selon l'approche École en santé, en collaboration avec les organismes communautaires (p. 51-52).

En ce qui concerne les ITSS, les objectifs sont les suivants :

- réduire l'incidence des infections à *Chlamydia trachomatis*, en particulier :
 - chez les femmes âgées de 15 à 24 ans,
 - chez les enfants âgés de moins d'un an (infections oculaires, pulmonaires et génitales) ;
- réduire l'incidence des infections gonococciques, en particulier :
 - chez les enfants de moins d'un an,
 - chez les femmes âgées de 15 à 24 ans,
 - chez les hommes âgés de 20 à 39 ans ;
- maintenir à zéro le nombre de cas de syphilis congénitale chez les enfants de moins de deux ans ;
- réduire le nombre de syphilis infectieuse, particulièrement chez les HARSAH ;
- maintenir à moins de 20 cas par année le nombre de lymphogranulomatose vénérienne chez les HARSAH ;
- réduire l'incidence du virus de l'hépatite C (VHC) chez les personnes faisant usage de drogues par injections ;
- maintenir à moins de deux le nombre annuel d'enfants nés au Québec et infectés par le VIH dans le cadre d'une transmission mère-enfant ;
- réduire le nombre de nouveaux diagnostics et l'incidence d'infections par le VIH :
 - chez les HARSAH,
 - chez les personnes faisant usage de drogues par injections (p. 54).

Stratégie québécoise de lutte contre l'infection par le VIH et le sida, l'infection par le VHC et les infections transmissibles sexuellement : Orientations 2003-2009^a

Dans la stratégie québécoise de lutte contre les ITSS, on propose d'adapter les actions en fonction des besoins des populations visées ainsi que d'appliquer des actions mieux ciblées et plus efficaces. Cette application dépend de l'épidémiologie locale, des

a. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Stratégie québécoise de lutte contre l'infection par le VIH et le sida, l'infection par le VHC et les infections transmissibles sexuellement : Orientations 2003-2009 – Programme national de santé publique 2003-2012 : Document complémentaire*, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003, 56 p. La période visée par la stratégie a été prolongée jusqu'en 2015. [En ligne].
[http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/0/4d1e72b4476da39c85256def00547c26?Op=OpenDocument&Highlight=0,_2edq74obkg9jmip8_].

populations vulnérables, des ressources disponibles et de l'organisation des services sur le territoire.

Les huit orientations proposées sont les suivantes :

- 1) renforcer le potentiel des personnes ;
- 2) soutenir les groupes vulnérables ;
- 3) encourager le recours aux pratiques préventives ;
- 4) mettre sur pied des mesures particulières de prévention ;
- 5) soutenir le développement des communautés ;
- 6) voir à une prise en charge adéquate des personnes atteintes ;
- 7) participer aux actions intersectorielles favorisant la santé et le bien-être ;
- 8) consolider la surveillance et la vigie ainsi que la fonction de soutien.

Quatrième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec : L'épidémie silencieuse – Les infections transmissibles sexuellement et par le sang^a

Le quatrième rapport du directeur national de santé publique porte sur les ITSS. Il souligne l'importance de tout mettre en œuvre pour renverser la tendance actuelle, qui montre une nette progression de la transmission des ITSS au Québec.

Le rapport décrit l'évolution de l'épidémie silencieuse chez les jeunes et chez les personnes qui font partie des groupes vulnérables. Il recense les gains réalisés grâce aux activités de prévention, de dépistage et de traitement ainsi que les efforts à consentir pour faire de nouveaux gains.

Ce rapport invite les acteurs du réseau de la santé et des services sociaux, de même que leurs partenaires, à presser le pas, à accentuer la cadence dans le déploiement et l'adaptation des moyens.

a. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Quatrième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec : L'épidémie silencieuse – Les infections transmissibles sexuellement et par le sang*, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010, 73 p. [En ligne].
[<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/961885cb24e4e9fd85256b1e00641a29/b61878f3a23060658525772900418b4e?OpenDocument>].

Annexe 2 : Historique de la lutte contre les infections transmissibles sexuellement et par le sang au Québec^a

Certains événements du passé méritent d'être rappelés dans le contexte particulier de la lutte contre les ITSS, car ils éclairent d'une certaine façon les réactions du secteur de la santé publique et celles de la société devant la menace que représentent ces infections.

Épidémies et organisation de la lutte contre les maladies infectieuses

Le « mal de Baie-Saint-Paul » : la lutte contre la syphilis

- 1773 Épidémie de syphilis, possiblement à la suite de l'escale d'un bateau écossais à Baie-Saint-Paul.
- 1782 Mise en place du comité Badelard. Établissement d'une liste des personnes atteintes (ou soupçonnées de l'être) dans chaque paroisse. Participation du clergé à la lutte contre ce « fléau ».
- 1861 Une épreuve de Wasserman est imposée à toute personne qui demande un permis de colporteur.
- 1865 Promulgation de l'Acte pour arrêter la propagation des maladies contagieuses [entendre ici maladies vénériennes] dans certaines stations navales et militaires en cette province. Une femme dénoncée peut être obligée par un juge, de gré ou de force, de se rendre dans un hôpital pour être examinée. Si elle est infectée, elle peut être détenue pour être traitée.
- 1886 Promulgation de la loi créant la Commission provinciale d'hygiène de Québec, laquelle commission a un mandat consultatif.
- 1888 Création du Conseil d'hygiène de la province de Québec. Selon l'Acte concernant la santé publique, les municipalités doivent se doter de services de santé responsables de l'hygiène publique.

Première Guerre mondiale

Émergence de la problématique des ITS : contrôle

- 1914-1918 Épidémies de maladies transmissibles sexuellement au cours de la Première Guerre mondiale.
- 1919 Toute personne appréhendée pour délit sexuel ou prostitution doit subir un dépistage, dont le résultat est communiqué à un juge. Déclaration des cas de maladies vénériennes par les médecins de prison.
- 1920 Mise en place de la Division des maladies vénériennes, accompagnée d'une campagne de lutte très intense financée par des fonds fédéraux. Ainsi, le premier grand programme de santé publique au Québec est la lutte antivénérienne lancée par le gouvernement fédéral. Collaboration du

a. DESROSIERS, G., B. GAUMER et O. KEEL. *Vers un système de santé publique au Québec : Histoire des unités sanitaires de comté, 1926-1975*, Montréal, Université de Montréal, Département d'histoire et Département de médecine sociale et préventive, 1991, 239 p.

GUÉRARD, F. *Histoire de la santé au Québec*, Montréal, Éditions du Boréal, coll. « Boréal Express », 1996, 128 p.

ROBERT, J. « Histoire : la petite et la grande », dans F. Turgeon et M. Steben (sous la dir. de), *Les maladies transmissibles sexuellement*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, 1994, 406 p.

clergé, qui profite de l'occasion pour ajouter des recommandations d'ordre moral aux préoccupations sanitaires en mettant l'accent sur les dangers des rapports sexuels hors mariage et de la prostitution.

- Création d'un laboratoire de sérologie.
- Ouverture de services de consultation spéciaux dans les hôpitaux.
- Ouverture de dispensaires antivénériens.
- Séances d'information par les curés de paroisse.
- Distribution gratuite de médicaments.

1922 Création d'un service provincial d'hygiène, doté d'un pouvoir exécutif. Nouvelle liste des maladies à déclaration obligatoire. « Quiconque, sciemment ou par négligence, communique à une autre personne une maladie syphilitique ou vénérienne, est passible d'une amende n'excédant pas 200 \$ ou d'un emprisonnement n'excédant pas trois mois ».

Crise économique

Transfert des priorités : délaissement des activités de contrôle des ITS

Les fonds fédéraux et le budget provincial affectés à la lutte contre les ITS sont coupés (sommes allouées plutôt à l'aide aux familles de chômeurs, crise des années trente).

1926 Début de l'implantation des unités sanitaires, composées d'un médecin hygiéniste agissant à titre de directeur, d'un inspecteur sanitaire, d'une ou deux infirmières visiteuses et d'une secrétaire. L'éducation populaire et le dépistage sont prioritaires.

[...] ce qui marque le plus l'entre-deux-guerres sur le plan de l'hygiène publique, c'est la promotion par les hygiénistes de nouveaux types d'interventions inspirées du courant américain de la New Public Health. [...] ils mettent de l'avant des programmes axés sur des groupes-cibles et reposant sur des actions spécifiques auprès des individus. Les mots d'ordre sont désormais l'éducation populaire, le dépistage et le traitement préventif des maladies contagieuses^a.

Deuxième Guerre mondiale

Résurgence des maladies transmissibles sexuellement : la reprise du contrôle

1941 Avec la Seconde Guerre mondiale, les maladies vénériennes ont pris une telle ampleur qu'une loi spéciale est votée par le parlement provincial. En plus de rendre obligatoire la déclaration et le traitement des maladies vénériennes, cette loi entraîne une déclaration nominale en cas de refus de traitement.

- Ouvertures de cliniques spécialisées dans les hôpitaux.

1943-1946 Participation active des unités sanitaires. Recyclage des officiers médicaux des unités sanitaires (1943 et 1946). Début des enquêtes

a. F. Guérard, *Histoire de la santé au Québec*, Montréal, Éditions du Boréal, coll. « Boréal Express », 1996, p. 48.

épidémiologiques à partir des cas déclarés. Recherche et traitement des partenaires sexuels.

- Campagne d'éducation sanitaire. Discours basé sur la maxime suivante : « La crainte est le commencement de la sagesse. »
- Février 1944 : lancement d'une campagne antivénérienne, sous le haut patronage de l'archevêque de Montréal, visant à appliquer, entre autres, les mesures suivantes :
 - la protection de la famille par des analyses prénuptiales et prénatales ;
 - le dépistage, par un examen médical et bactériologique, avant l'embauche dans les entreprises industrielles ainsi que dans le secteur de la restauration et de l'hôtellerie ;
 - la substitution d'un traitement plus humain à la « cure d'incarcération » des femmes atteintes de maladies vénériennes ;
 - la diffusion de l'information sur les maladies vénériennes dans les écoles supérieures et les cercles de jeunes ;
 - la fin de l'imposition d'amendes aux prostituées pour éviter qu'elles poursuivent leurs activités afin de pouvoir payer ces amendes.
- Utilisation des antibiotiques.

1956 Prophylaxie de l'ophtalmie gonococcique néonatale : distribution d'ampoules de nitrate d'argent à l'occasion des visites prénatales et des démonstrations à domicile par les infirmières visiteuses. Durant l'année, 12 323 ampoules sont distribuées.

1960-1980 *L'ère des réformes. Principes fondamentaux de l'État providence*

Changement d'orientation de la lutte contre les ITS

« Dans l'esprit des réformateurs, les questions sociales et de santé sont indissolublement liées^a. »

1960-1970 Apparition du phénomène du libéralisme sexuel ; utilisation des anovulants (au détriment du condom) : au lieu d'assister à la baisse des ITS observée habituellement en temps de paix, on assiste à une recrudescence des maladies vénériennes.

1970 Création du ministère des Affaires sociales.

1971 Découpage provincial en douze régions, subdivisées en territoires dotés chacun d'un organisme local de services communautaires. Création du régime d'assurance maladie.

1972 Nouvelle Loi sur la protection de la santé publique. Modification de la liste des maladies vénériennes (syphilis, blennorragie, chancre mou, lymphogranulomatose vénérienne et granulome inguinal), qui sont à déclaration anonyme. Création des conseils régionaux de la santé et des

a. F. Guérard, *Histoire de la santé au Québec*, Montréal, Éditions du Boréal, coll. « Boréal Express », 1996, p. 48.

- services sociaux, des départements de santé communautaires (DSC) et des centres locaux de services communautaires.
- 1974 Implantation de 32 DSC.
- 1977 Refonte de la loi sur la protection de la santé publique (LRQ, c. P-35). La lutte contre les ITS revient aux établissements de santé et de services sociaux et aux médecins en cabinets privés. Les activités de recherche de contacts menées antérieurement par les unités sanitaires sont de plus en plus laissées à la discrétion des médecins. Le Ministère remet donc la responsabilité de la recherche des contacts et de la relance des traitements aux médecins, et celle de la coordination et du contrôle des ITS aux DSC.
- 1981 Directives 1981-103 et 1981-104 relatives à la fourniture gratuite de médicaments (distribution restreinte).
- 1981 Apparition du sida en Amérique du Nord.
- 1983-1997 *Gestation d'un programme de santé publique*
- 1982-1987 Période d'activité du Comité sida-Québec.
- 1983 Changement dans la réglementation : le destinataire des déclarations devient le DSC au lieu du Ministère ; le laboratoire devient un déclarant (relevé mensuel des maladies vénériennes).
- 1986 Le sida devient une MADO.
- 1987 L'infection à *Chlamydia trachomatis* devient une MADO (nominale).
- 1987 Publication de la première phase de la Stratégie québécoise de lutte contre le sida.
- 1989 Création du Centre québécois de coordination sur le sida. Sa mission est de prévenir l'infection par le VIH, de coordonner l'organisation des soins et des services destinés aux personnes atteintes et à leurs proches, et de favoriser un environnement favorable.
- 1992 Publication de la Politique de la santé et du bien-être, dont l'un des objectifs est de réduire les ITS et le sida.
- 1992 Mise en place d'un programme de gratuité des médicaments pour le traitement des ITS (plus large qu'un programme qui n'aurait couvert que les maladies à traitement obligatoire).
- 1993 Ajout de la lutte contre les ITS au mandat du Centre québécois de coordination sur le sida.
- 1996 Création du comité consultatif sur les maladies transmissibles sexuellement.
- 1996 Avènement de thérapies antirétrovirales plus efficaces contre l'infection par le VIH.
- 1997 La lutte contre les ITS est l'une des sept priorités inscrites dans les *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*.
- 1997 Création du Comité consultatif sur la prise en charge clinique des personnes vivant avec le VIH.

Élaboration de politiques et d'orientations

- 2000 *Stratégie québécoise de lutte contre les maladies transmissibles sexuellement : Orientations 2000-2002* (document complémentaire au Priorités nationales de santé publique 1997-2002).
- 2002 Implantation du Programme de surveillance de l'infection par le VIH.
- 2003 *Programme national de santé publique 2003-2012* (contient les stratégies à privilégier et les activités relatives à la lutte contre les ITSS, incluant les activités de vigie, les enquêtes épidémiologiques ainsi que l'intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une ITS et auprès de leurs partenaires (IPPAP).
- 2004 Publication de la *Stratégie québécoise de lutte contre l'infection par le VIH et le sida, l'infection par le VHC et les infections transmissibles sexuellement et par le sang : Orientations 2003-2009*.
- 2008 Mise à jour du *Programme national de santé publique 2003-2012*.
- 2010 *Quatrième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec : L'épidémie silencieuse – Les infections transmissibles sexuellement et par le sang*.

Changements législatifs

- 2002 Nouvelle Loi sur la santé publique : la syphilis n'est plus une maladie à traitement obligatoire.
- 2002 Adoption du projet de loi n° 90 (Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé). En matière de dépistage, tandis que les médecins peuvent prescrire, sans restriction, des examens diagnostiques, le personnel infirmier peut, dans le cadre d'une activité découlant de la Loi sur la santé publique, « initier des mesures diagnostiques à des fins de dépistage ».
- 2005 Adoption du projet de loi n° 83 (Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et autres dispositions législatives (2005, c. 32)). Y sont précisées les responsabilités des instances locales (centres de santé et de services sociaux) afin d'améliorer la santé et le bien-être de la population du territoire, ce qui inclut la responsabilité d'offrir des services de prévention et de définir l'offre de services requise pour satisfaire aux besoins ainsi qu'aux particularités de la population.
- 2009 Adoption du projet de loi n° 24 (Loi modifiant diverses dispositions législatives en matière de santé), qui modifie l'article 95 de la Loi sur la santé publique en précisant les obligations du médecin : « signaler une menace à la santé de la population provenant d'un agent biologique sexuellement transmissible ».

Création de comités d'experts et de structures pour soutenir la mise en œuvre

- 2004 Fin des travaux du comité consultatif MTS créé en 1996.
- 2006 Création du Comité scientifique ITSS (Institut national de santé publique du Québec).
- 2010 Création du Comité sur les analyses de laboratoire en lien avec les ITSS (Institut national de santé publique du Québec).

Production de documents d'intervention :

- 2001 *La notification aux partenaires pour les personnes atteintes d'une MTS : État de la situation et recommandations*, Comité consultatif sur les MTS.
- 2003 *Situation et orientations*, premier cahier du document *Prévenir et enrayer les ITS-MADO*.
- 2004 *Protocole d'intervention*, deuxième cahier du document *Prévenir et enrayer les ITS-MADO*.
- 2004 Programme québécois d'intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une ITS et auprès de leurs partenaires.
- 2006 *Guide québécois de dépistage des ITSS*.
- 2007 Compléments québécois aux *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement*, édition 2006, et à *L'essentiel des Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement*, édition 2006.
- 2010 *Guide québécois de dépistage des ITSS – Supplément : Dépistage du VIH dans les points de service à l'aide de trousses de dépistage rapide*.

Au fil du temps, des campagnes de communication ont périodiquement été organisées, avec pour objectifs la sensibilisation de la population, la diffusion d'information sur les facteurs de risque et sur les comportements sécuritaires ainsi que la promotion de l'utilisation du condom.

Notre bref survol historique met en évidence le passage d'une conception de la santé publique basée sur une attitude répressive à l'endroit des personnes atteintes d'ITSS à une conception basée sur une attitude préventive à l'égard des personnes pour lesquelles les risques de contracter une ITSS sont élevés. Ce changement est le reflet d'une évolution parallèle du contexte social. Cependant, tout le monde n'a pas évolué au même rythme et tous n'ont pas perçu cette évolution de la même façon. Certaines tensions et un certain climat de méfiance encore ressentis aujourd'hui par les intervenants de santé publique originent des différences de perception. Ces tensions résultent souvent d'écarts entre le respect des droits des individus (droit à l'intégrité, l'autonomie) et le respect des droits des collectivités (protection de la santé publique).

Ce court historique montre également que le dicton voulant que le passé soit garant de l'avenir s'applique, particulièrement au regard de l'ampleur des ressources allouées au développement de la santé publique, qui demeure tributaire du contexte économique et social.

Toutefois, nous évoluons continuellement vers une meilleure intégration de l'attitude préventive, qui est associée maintenant au concept plus global de la promotion de la santé. C'est pourquoi, en matière d'ITS, nous visons d'abord à l'intégration des objectifs de prévention des ITS, de l'infection par le VIH et des hépatites virales en favorisant une approche axée, dans la mesure du possible, sur l'ensemble des besoins définis.

Annexe 3 : Pays fortement touchés par les ITSS et indications relatives au dépistage^a

La présente annexe traite d'abord des pays fortement touchés par les ITSS. Viennent ensuite des indications relatives au dépistage de ces infections selon le pays d'origine.

Pays fortement touchés par les ITS bactériennes, le VIH, le VHB et le VHC

L'Organisation mondiale de la santé (OMS), rapporte que la plus forte proportion d'ITS bactériennes se trouve dans les régions suivantes : l'Asie du Sud et du Sud-Est, l'Afrique subsaharienne, l'Amérique latine et les Caraïbes^b.

De plus, des éclosons de syphilis ont eu lieu dans plusieurs pays et grandes villes nord-américaines comme New York^c, Los Angeles^d et Montréal notamment.

Par région à endémicité élevée pour le **VIH**, l'Agence de santé publique du Canada fait référence à celles qui présentent l'une des caractéristiques suivantes :

- une prévalence de 1 % ou plus chez les adultes de 15 à 49 ans et où la transmission est à prédominance hétérosexuelle (voir carte du monde de la prévalence du VIH de l'OMS^e);
- un rapport hommes-femmes infectés de 2 pour 1 ou moins;
- une prévalence du VIH chez les femmes recevant des soins prénataux établie à 2 % ou plus^f.

Les régions où la prévalence dépasse 1 % sont l'Afrique subsaharienne et les Caraïbes. En Thaïlande, dans l'est de l'Europe et en Asie centrale, la prévalence est estimée à 0,9 %.

Une région d'endémicité modérée pour le **VHB** est caractérisée par une prévalence de 2 % et plus^g (voir la carte du monde des régions et pays à risque pour l'hépatite B

a. Adapté de M.C. Drouin et autres. Rapport du sous-comité Facteurs de risque et ITSS à rechercher - Mise à jour des indications de dépistage, Québec, Institut national de santé publique du Québec, à paraître.

b. Organisation mondiale de la santé. Stratégie mondiale de lutte contre les infections sexuellement transmissibles : 2006-2015 – Rompre la chaîne de transmission. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2007, III+ 65 p.

c. DE LUISE C., et autres. « *Primary and secondary syphilis among men who have sex with men* », New York City 2001, 51(38);853-856, 2002.

d. CHEN JL., et autres. « *Rapid Public Health Interventions in response to an outbreak of syphilis in Los Angeles* », Sexually Transmitted Diseases, California Department of Health services, 29(5):277-84., 2002.

e. On peut consulter cette carte à l'adresse suivante :

<http://www.google.ca/imgres?hl=fr&biw=898&bih=499&tbm=isch&tbnid=7KAbbbOLe9g-nM:&imgrefurl=http://reliefweb.int/theme/hiv/avids/thumb&docid=C1cuAgBDWpV-gM&imgurl=http://gamapserver.who.int/mapLibrary/Files/Maps/HIV_adult_prevalence_2011.png&w=2340&h=1652&ei=Xe2xUvb3IorXkQfnIIHwCA&zoom=1&iact=rc&page=1&tbnh=108&tbnw=148&start=0&ndsp=12&ved=1t:429,r:2,s:0,i:85&tx=104&ty=34>.

f. Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections. Rapport d'étape sur le VIH et les populations distinctes : personnes provenant de pays où le VIH est endémique-population noire de descendance africaine et caribéenne vivant au Canada. Agence de santé publique du Canada, 2012.

g. Organisation mondiale de la santé. Hepatitis B, countries or areas at risk. OMS 2012 [cited];Available from: URL: <http://www.who.int/csr/disease/hepatitis/whocdscsrlyo20022/en/index1.html>

produite par l'OMS^a). Les régions où la prévalence de l'infection chronique au VHB est modérée ou élevée sont l'Asie du Sud-Est, la Chine, les îles du Pacifique, l'Afrique subsaharienne, l'Alaska, le Pérou, le nord-ouest du Brésil, le bassin de la Méditerranée, l'Europe de l'Est, l'Asie centrale, le Japon, le bassin de l'Amazonie et le Moyen-Orient.

Les régions où la prévalence du **VHC** dépasse la prévalence moyenne mondiale qui s'établit à 3 % peuvent être considérées comme étant à forte endémicité^b (voir la carte du monde de la prévalence du VHC des Centers for Disease Control and Prevention^c). Ces régions sont : l'Égypte, le Pakistan, Taiwan, la Roumanie et l'Italie.

Indications relatives au dépistage selon le pays d'origine

Au Québec, pour simplifier l'intervention, les régions du monde où l'une de ces infections est fortement endémique ont été regroupées. Il est recommandé d'offrir un dépistage de l'infection gonococcique (sauf si la personne n'a jamais été sexuellement active), la syphilis (sauf si la personne n'a jamais été sexuellement active), du VIH, du VHB et du VHC aux personnes originaires de l'une des régions suivantes :

- Caraïbes ;
- Afrique subsaharienne ;
- Fédération de la Russie ;
- Europe de l'Est ;
- Moyen-Orient (incluant l'Égypte et le Pakistan);
- Asie du Sud et Asie centrale ;
- Amérique centrale et Amérique du Sud ;
- Bassin du Pacifique, excluant le Japon, l'Australie et la Nouvelle-Zélande.

Dans le contexte d'une enquête épidémiologique, il peut être pertinent de recommander le dépistage de ces infections aux cas-index et à leurs partenaires si l'un d'eux est originaire de l'une des régions précitées.

a. On peut consulter cette carte à l'adresse suivante :

<<http://www.google.com/imgres?q=Hepatitis,+countries+and+areas+at+risk&sa=X&hl=en&biw=1008&bih=539&tbn=isch&tbnid=2eAV03izeALNgM:&imgrefurl=http://www.londontravelclinic.co.uk/vaccine-info/hepatitis-b.aspx&docid=H5UeXdLr4ssw6M&imgurl=http://www.londontravelclinic.co.uk/media/13/hepatitis-b-countries-atrisk.png&w=2027&h=1358&ei=Ae1mUBBJs7zgA6KlgNgD&zoom=1&iact=rc&dur=171&page=1&tbnh=132&tbnw=197&start=0&ndsp=15&ved=1t:429,r:0,s:0,i:84&tx=126&ty=72>>.

b. Organisation mondiale de la santé. Hépatite C. OMS 2002 Available from: URL:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs164/en/>

Holmberg S. Infectious Diseases related to travel. In: Centers for Disease Control and Prevention, ed. Yellow Book. États-Unis: 2011.

c. On peut consulter cette carte à l'adresse suivante :

<http://wwwnc.cdc.gov/travel/content/yellowbook/2014/map_3-05.pdf>.

Annexe 4 : Liste d'outils accessibles sur Internet

Plusieurs outils ont été conçus par le ministère de la Santé et des Services sociaux avec ses partenaires (par exemple, l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec ou l'Institut national de santé publique du Québec) pour soutenir les activités préventives des cliniciens en matière d'infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS). Ils sont accessibles au [www.msss.gouv.qc.ca/itss], section « Documentation », onglet « Professionnels de la santé », rubrique « Outils », à la page portant sur les interventions préventives relatives aux ITSS.

Titre	Objectif
<i>Outils visant à soutenir les cliniciens dans l'intervention préventive relative aux ITSS</i>	
<u>Tableau présentant les ITSS à rechercher selon les facteurs de risque décelés</u>	Guider le clinicien dans le choix des infections à rechercher dans le contexte du dépistage des ITSS.
<u>Prélèvements et analyses recommandés en fonction de l'infection recherchée chez les personnes asymptomatiques (dépistage)</u>	Aider le clinicien à décider des prélèvements à faire et des analyses à demander dans le contexte du dépistage des ITSS.
<u>Estimation du risque associé aux activités sexuelles</u>	Soutenir le clinicien dans l'évaluation du risque associé à diverses activités sexuelles et dans le counseling visant l'adoption de comportements sécuritaires.
<u>Ressources intervention préventive relative aux ITSS</u>	Permettre au clinicien de connaître les différentes ressources destinées aux professionnels de la santé, au grand public et aux personnes atteintes d'une ITSS ainsi que les sites Internet pertinents afin qu'il puisse soutenir plus efficacement son patient.
<u>Liste de dépliants et de brochures à l'intention des patients</u>	Permettre au clinicien de connaître les brochures et les dépliants qu'il pourra remettre à ses patients afin de soutenir son intervention.
<u>Vaccination et ITSS</u>	Permettre au clinicien de connaître les indications vaccinales en rapport avec la sexualité ou la consommation de drogues ; donner des précisions sur les vaccins gratuits.
<u>Guides sur le traitement pharmacologique des ITSS</u>	Soutenir les différents praticiens (omnipraticiens, médecins spécialistes, pharmaciens et personnel infirmier) quant à la prise en charge du traitement pharmacologique des patients ayant une ITSS. Infections visées : • infection à <i>Chlamydia trachomatis</i> et infection à <i>Neisseria gonorrhoeae</i> ; • herpès génital ; • cervicite mucopurulente, atteinte

Titre	Objectif
	inflammatoire pelvienne, urétrite, épididymite/orchi-épididymite ; • condylomes ; • syphilis.
<i>Outils traitant de l'intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une ITS et auprès de leurs partenaires (IPPAP)</i>	
<u>Les partenaires sexuels, il faut s'en occuper – aide-mémoire court à l'intention des professionnels de la santé</u>	Préciser le rôle des différents professionnels de la santé et permettre d'identifier les partenaires à joindre en fonction de la période de contagiosité.
<u>Entre caresses et baisers, une ITS s'est faufilée... Il faut en parler^a</u>	Soutenir la personne infectée en lui donnant de l'information sur les ITS et sur les moyens de protection ainsi que des outils pour faciliter sa démarche de notification à ses partenaires (carte de notification, ressources, etc.). La brochure est munie d'un rabat sur lequel on peut ajouter des renseignements (par exemple, les coordonnées de ressources dans le secteur, des prescriptions).

a. Contrairement aux autres outils présentés dans le tableau et bien qu'elle soit distribuée par les cliniciens, cette brochure s'adresse aux personnes infectées par une ITS bactérienne.

Annexe 5 : Programme de gratuité des médicaments pour le traitement des infections transmissibles sexuellement

Au Québec, un programme de gratuité des médicaments pour le traitement des infections transmissibles sexuellement (ITS) d'origine bactérienne^a est implanté depuis avril 1992. Il prévoit que le traitement des personnes atteintes d'une telle ITS (traitement curatif) et de leurs partenaires sexuels (traitement épidémiologique) est gratuit à trois conditions : qu'ils résident au Québec, qu'ils soient inscrits à la Régie de l'assurance maladie du Québec et qu'ils présentent une carte d'assurance maladie valide ou un carnet de réclamation en vigueur délivré en vertu de l'article 70 ou de l'article 71 de la Loi sur l'assurance maladie. Toutefois, il ne couvre aucun service obtenu à l'extérieur du Québec. Ce programme, dont les personnes sont libres de se prévaloir, a été maintenu après l'adoption du régime provincial d'assurance médicaments, en 1997.

Les maladies et les cas visés sont les suivants :

- les syndromes cliniques associés aux ITS, soit l'atteinte inflammatoire pelvienne, la salpingite, la cervicite, l'urétrite, la rectite, la proctite et l'épididymite ;
- les infections à *C. trachomatis* ;
- les infections gonococciques ;
- les ITS rares, soit le chancre mou, la lymphogranulomatose vénérienne et le granulome inguinal ;
- la syphilis.

Aux fins du traitement, le médecin doit rédiger une ordonnance médicale qui comprend, outre les renseignements habituels, un code particulier (code K pour le cas-index ou code L pour le cas-contact) qui fait référence au Programme de gratuité des médicaments pour le traitement des MTS. Les médicaments recommandés dans les *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement*^b, publiées en 2008 et mises à jour en janvier 2010, ainsi que dans les guides^c sur le traitement pharmacologique de ces infections et syndromes produits par l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux sont admissibles.

a. RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC. *Liste de médicaments – Section Renseignements généraux : Programme de gratuité des médicaments pour le traitement des maladies transmissibles sexuellement (MTS)*, 44^e édition, Québec, Service des relations avec la clientèle, Régie de l'assurance maladie du Québec, 2013, pag. variée, [En ligne].

[http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CCkQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.ramq.gouv.qc.ca%2FSiteCollectionDocuments%2Fprofessionnels%2Fmedicaments%2Fliste-medicaments.pdf&ei=GmYeUpXfKpSosAT4pYHoBw&usg=AFQjCNHCB1cWAnLyFwm-6AdwtmWLUAtLSw&sig2=KZzcHOL-q_mhY0yTFkgd1w].

b. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement, mises à jour de janvier 2010*, Ottawa, Agence de la santé publique du Canada, 2008, [En ligne].

[<http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/index-fra.php>].

c. INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX. *Guides sur le traitement pharmacologique des ITSS : Syphilis* [6 p.], *Cervicite mucopurulente, atteinte inflammatoire pelvienne (AIP), urétrite, épididymite/orchi-épididymite* [5 p.], *Herpès génital* [4 p.], *Infection à Chlamydia trachomatis, infection à Neisseria gonorrhoeae* [4 p.], *Condylomes (verruës génitales)* [4 p.], Québec, Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, 2012., [En ligne]. [http://www.inesss.qc.ca/index.php?id=65&user_inesssdoc_pi1%5Buid%5D=1682&cHash=cbf971210b964ef6dfc8f2cfec024288].

Mentionnons enfin que la spectinomycine n'est plus offerte sur le marché canadien. Il est toutefois possible de s'en procurer par l'intermédiaire du Programme d'accès spécial aux médicaments de Santé Canada.

Annexe 6 : Tableau des renseignements recueillis dans le cadre de la vigie relative aux infections transmissibles sexuellement à déclaration obligatoire^a

Le tableau détermine les renseignements (variables) à recueillir au cours des enquêtes épidémiologiques menées à la suite d'une déclaration d'ITS-MADO, aux fins du suivi de l'épidémiologie, de la caractérisation des cas et du soutien à l'intervention préventive.

Il se veut un outil dynamique qui évolue en fonction des besoins constatés et de la situation épidémiologique des ITSS. Il a un lien direct avec les questionnaires ou d'autres outils pour faciliter et harmoniser la qualité de l'intervention.

Les commentaires sur l'utilité des variables sont donnés à titre indicatif et s'inscrivent dans le contexte de la vigie de base.

Ainsi, ces commentaires ne s'appliquent pas au contexte d'une vigie rehaussée ni à une situation épidémiologique justifiant que le directeur national de santé publique procède à une enquête, occasions où la collecte d'informations et l'intervention préventive peuvent être plus exhaustives et plus intensives.

Enfin, les variables du formulaire qui concernent uniquement la gestion interne ne sont pas intégrées dans le tableau, ni les éléments des sections 4 et 5 du formulaire.

Abréviations utilisées

DRSP	Direction régionale de santé publique
HARSAH	Homme ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes
IPPAP	Intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une ITS et auprès de leurs partenaires
ITS	Infection transmissible sexuellement
ITSS	Infection transmissible sexuellement et par le sang
LGV	Lymphogranulomatose vénérienne
MADO	Maladie à déclaration obligatoire
Occ.	Occasionnellement
S. O.	Sans objet
TAAN	Technique d'amplification des acides nucléiques
Touj.	Toujours
UDI	Utilisateur de drogues injectables
VHS	Virus de l' <i>Herpes simplex</i>
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VPH	Virus du papillome humain

a Ce tableau est adapté des résultats d'une consultation sur les indicateurs à retenir aux fins de vigie provinciale tenue le 7 décembre 2011, à laquelle participaient le MSSS, l'INSPQ, ainsi que des professionnels des régions de Montréal, Montérégie et Laurentides.

Renseignement	Catégories	Commentaires/utilité
Section 1 : Déclaration, gestion		
Numéro MADO régional [*]	Numéro	Identifiant accessible seulement au niveau régional et lié aux données nominatives relatives au cas.
Numéro MADO dépersonnalisé ^M	Numéro	Identifiant accessible au niveau provincial, sans lien avec les données nominatives relatives au cas.
Date de l'épisode ^M	Date	Correspond à la date de réception de la déclaration à la DRSP. Permet de suivre la courbe épidémiologique.
Origine de la déclaration [*]	Le médecin et son identification Le laboratoire et son identification L'infirmière ou l'infirmier et son identification	Utile surtout au niveau régional, notamment pour identifier puis soutenir les déclarants et, éventuellement, promouvoir la déclaration auprès des non-déclarants.
Données nominatives [*]	Nom, adresse complète, coordonnées et numéro d'assurance maladie du cas-index	Données non accessibles dans le fichier dépersonnalisé MADO. Données utiles au niveau régional pour joindre les cas et effectuer l'intervention préventive.
Sexe ^M	Masculin ; Féminin ; Inconnu Transsexuel (homme-femme ou femme-homme)	Caractéristique de base en épidémiologie. Harmonisé avec le formulaire de surveillance du VIH au Québec.
Âge et date de naissance ^M		Caractéristique de base en épidémiologie.
Pays de naissance	Canada ; Autre (préciser) ; Inconnu	Utile pour constater la prépondérance d'une sous-population, laquelle pourrait bénéficier d'une intervention ciblée. Donnée souvent recueillie lorsqu'une enquête épidémiologique est réalisée, mais non saisie dans le fichier MADO.
Pays de naissance précisé	Pays	<i>Idem.</i>
Date d'arrivée au Canada	Date ; Inconnu ; Non applicable	
Origine ethnoculturelle ^S	Canadienne Autochtone (Premières Nations, métisse, inuite) États-unienne Caribéenne Latino-américaine Européenne Nord-africaine ou moyenne-orientale Africaine subsaharienne Asiatique de l'Est ou du Sud-Est Asiatique du Sud Autre (préciser) Inconnue	Les catégories ne sont pas mutuellement exclusives. Variable de plus en plus utilisée en épidémiologie, incluse dans les variables d'intérêt servant au portrait canadien des ITSS et à la surveillance du VIH au Québec (catégories légèrement différentes des catégories canadiennes mais en cohérence avec elles et assez comparables à elles). Utile pour connaître l'incidence au sein de populations ou de communautés particulières et pour définir une cible d'intervention préventive (ex. : promotion de niveau

Renseignement	Catégories	Commentaires/utilité
		populationnel, sensibilisation des cliniciens au traitement adéquat, notification aux partenaires plus soutenue, sensibilisation des populations particulièrement affectées). N. B. Cette variable est reconnue comme pertinente aux fins de vigie provinciale, mais elle peut être difficile à recueillir. Jusqu'à maintenant, l'origine ethnoculturelle est peu documentée même dans les démarches de vigie intensifiée.
Section 2 : Données cliniques		
Information sur les personnes auprès de qui l'enquête a été effectuée	Cas-index, médecin, infirmière ou infirmier, autre (préciser)	Utile essentiellement aux fins de la gestion interne de l'enquête. Permet de valider la fiabilité des renseignements.
Raison de la détection	Dépistage d'ITSS Dépistage prénatal Dépistage avant une interruption volontaire de grossesse Présence de symptômes^{\$} IPPAP (spécification selon l'infection) Autre (préciser) Inconnue	Variable pertinente pour éclairer le contexte de la détection et donner une indication indirecte de la portée des interventions liées au dépistage et à l'IPPAP. Au niveau provincial, la présence de symptômes a été retenue comme indicateur de vigie provincial de type « proxy » des cas détectés dans un contexte de dépistage. Des catégories plus raffinées seront accessibles au niveau régional.
Historique des symptômes	Oui Non Inconnu	Présence de symptômes distincte de la raison de la détection (les symptômes peuvent être notés rétrospectivement après le diagnostic).
	Précisions sur les symptômes notés selon l'infection en cause ^{\$}	Sert parfois à la classification du cas, notamment pour la syphilis et la LGV.
	Date du début pour chaque symptôme	Peut mettre en évidence la possibilité d'une complication. La date du début des symptômes peut aider à préciser la période de traçabilité.
Site ou nature du prélèvement positif ^M	Selon l'infection en cause	Les catégories ne sont pas mutuellement exclusives.
Résultats de laboratoire ^M	Résultats liés à la technique utilisée en fonction de chaque infection (les catégories diffèrent donc selon l'infection en cause) Date du prélèvement liée au résultat	Les catégories sont révisées en fonction de l'évolution des technologies. Variable requise pour valider le cas. Les modalités de saisie dans le fichier des MADO ne sont pas optimales et n'ont pas été mises à jour (champ « Résultat de laboratoire », annexe 11 du guide de saisie MADO).

Renseignement	Catégories	Commentaires/utilité
Profil de résistance ^M (seulement dans le formulaire relatif à l'infection à <i>Chlamydia trachomatis</i> et à l'infection gonococcique)	Catégories selon les antibiotiques utilisés ou inclus dans le système de surveillance provincial Catégorie « Pas de résistance » pour les souches sensibles à tous les antibiotiques testés Catégorie « Sensibilité réduite » pour la ceftriaxone et le céfixime Catégorie « Autre » Catégorie « Inconnu » si la sensibilité n'a pas été testée (ex. : TAAN) ou si les résultats ne sont pas disponibles	Concerne essentiellement l'infection gonococcique. Saisie dans le fichier MADO possible, dans les champs « Résultats de laboratoire », selon l'annexe 11 du guide de saisie MADO mais catégories incomplètes : il manque la résistance à l'azithromycine, à la ceftriaxone et au céfixime (n'est pas la même chose que la sensibilité intermédiaire). Analyse dans le fichier MADO difficile, car les données sont présentées pêle-mêle dans un champ (situation à corriger) ou la variable n'est pas saisie parce que les résultats arrivent souvent après la déclaration. Lien avec le Programme de surveillance des souches de <i>N. gonorrhoeae</i> résistantes aux antibiotiques dans la province de Québec, du Laboratoire de santé publique du Québec (Institut national de santé publique du Québec).
Traitement prescrit ^S	Antibiotiques recommandés dans les guides de pratique, selon l'infection en cause Dates Dosage	Même si cet indicateur sert surtout pour l'infection gonococcique (résistance fréquente) et la syphilis (valider l'accès à la pénicilline G benzathine), la variable est retenue comme indicateur provincial puisque certains experts appréhendent le développement de résistances dans les cas de chlamydia. Utile pour établir une correspondance entre le traitement et une résistance. Cibler l'intervention préventive menée auprès des cas traités avec un médicament auquel la souche est non sensible. Indicateur de l'application des lignes directrices du traitement.
Suivi (visite de contrôle) et dates	Fait ; Non prévu ; Planifié ; Inconnu Possibilité d'ajouter des commentaires	Utile dans le cadre de l'intervention préventive, surtout si le cas-index présente un facteur de vulnérabilité.
Section 3 : Facteurs de risque ou de vulnérabilité		
Antécédents d'ITSS	Oui ; Non ; Inconnu Pour chacune des infections suivantes : Chlamydia Gonorrhée Syphilis Hépatite B Hépatite C Autre (préciser)	Sert à la caractérisation clinique et permet de constater des réinfections ou des co-infections. Défini comme un facteur de risque dans les travaux de mise à jour des indications de dépistage. Sert à reconnaître les personnes à risque, qui devraient bénéficier d'une intervention intensive.

Renseignement	Catégories	Commentaires/utilité
Grossesse ^s (chez les cas féminins)	Oui Non Inconnu	Indique un facteur de vulnérabilité qui justifie une intervention plus intensive (IPPAP négociée) pour prévenir la réinfection et la transmission au nouveau-né. Sert à estimer l'incidence au sein d'une population vulnérable et à définir une cible d'intervention préventive (ex. : sensibilisation des cliniciens au traitement adéquat, notification aux partenaires plus soutenue, sensibilisation de la population particulièrement affectée). Variable retenue aux fins de vigie provinciale.
Historique des interruptions volontaire de grossesse (chez les cas féminins)	Oui Non Inconnu	Facteur de vulnérabilité aux complications d'ITSS.
Historique des complications du système reproducteur (chez les cas féminins)	Oui Non Inconnu	Facteur de vulnérabilité aux complications d'ITSS.
Nombre de partenaires au cours des douze derniers mois ^s	Entre 1 et 3 Entre 4 et 10 Plus de 10	Variable retenue aux fins de la vigie provinciale visant à caractériser les personnes atteintes d'ITSS (le groupe retient cette variable pour la dernière année et se questionne sur la faisabilité d'avoir une variable « Partenaires multiples » et sur la validité de celle-ci). S'assurer d'inclure tout type de relation sexuelle (orale, vaginale, anale). Sert à la caractérisation des personnes touchées et à la vérification des principaux facteurs de risque.
Sexe des partenaires sexuels ^s	Hommes Femmes Hommes et femmes Inconnu	Retenue aux fins de vigie provinciale puisqu'il s'agit d'une caractéristique de base de l'épidémiologie des ITSS. Sert à estimer la proportion des cas chez les HARSAH. Indicateur du passage d'une infection concentrée à une infection répandue dans l'ensemble de la population.
Grossesse chez une partenaire féminine	Oui ; Non ; Inconnu	Sert à cibler une personne ayant besoin d'une intervention préventive soutenue.
Nouveaux partenaires au cours des douze derniers mois	Oui ; Non ; Inconnu	Facteur de risque.

Renseignement	Catégories	Commentaires/utilité
Contexte de la rencontre des partenaires des douze derniers mois	Amis/famille École Travail Bar/club Party privé Club échangiste Sauna Parc/camping Application mobile/téléphonie Internet (sites de rencontre) Internet (médias sociaux) Internet (sans précision) Prison Autre (préciser)	Plusieurs DRSP ont intégré cette variable sous une forme ou une autre dans leur questionnaire. Les catégories ont été revues à la lumière de celles qui ont été utilisées pour la vigie rehaussée de la syphilis chez les jeunes en 2012. Sert à la caractérisation des personnes touchées, à la validation des principaux facteurs d'exposition et à la détermination de sites ou de lieux comme cibles pour l'intervention préventive.
Partenaires anonymes ou inconnus	Oui ; Non ; Inconnu	Donne une indication pour le dépistage. Facteur de risque.
Relations sexuelles avec quelqu'un qui réside à l'extérieur du Québec au cours des douze derniers mois ^M	Oui ; Non ; Inconnu	Lien imparfait avec la variable « Acquisition hors Québec » du fichier MADO. Selon les directives du guide de saisie, pour considérer qu'une infection a été acquise à l'extérieur du Québec, il faut que la seule exposition rapportée ait eu lieu hors Québec, ce qui n'est presque jamais le cas pour les ITSS.
Si oui, contexte du voyage	Oui ; Non ; Inconnu	En fait, la variable la plus appropriée serait « Exposition hors Québec », avec des précisions sur le ou les lieux d'exposition.
Endroit visité		Donne des précisions sur l'acquisition d'une souche hors Québec et informe sur la circulation des souches résistantes.
Pays de résidence du partenaire		
Partenaire en visite au Québec	Oui ; Non ; Inconnu	
Lieu de résidence habituelle du partenaire		
Partenaire des douze derniers mois ayant déjà eu une ITS Pour chacune des infections suivantes : Chlamydia Gonorrhée Syphilis Hépatite B Hépatite C Autre (préciser)	Oui Quand a-t-il été infecté ? Non Inconnu	À l'occasion des exercices de vigie intensifiée, les informations sur les partenaires sont souvent manquantes (inconnues). Facteur considéré comme une indication de dépistage. Sert notamment à détecter un facteur de risque chez les cas-index pour lesquels aucun comportement à risque n'est rapporté. Indicateur du réseau sexuel.
Risque des partenaires des douze derniers mois Pour chacun des	Oui ; Non ; Inconnu	

Renseignement	Catégories	Commentaires/utilité
facteurs suivants : HARSAH UDI Plusieurs partenaires Argent ou autre, reçu ou donné en échange de relations sexuelles Relations sexuelles à l'étranger		
Travailleuse ou travailleur du sexe [§]	Oui ; Non ; Inconnu	Donne une indication pour le dépistage. Facteur de risque. Manque de données sur cette population.
Clientèle ou client de travailleuse ou travailleur du sexe (a donné de l'argent ou autre) en échange de relations sexuelles	Oui ; Non ; Inconnu	Donne une indication pour le dépistage. Facteur de risque Manque de données sur cette population.
Relations sexuelles sous l'effet de drogues ou d'alcool	Oui ; Non ; Inconnu	Facteur de vulnérabilité Peut constituer un élément du counseling.
Consommation de drogues illicites	Oui ; Non ; Inconnu	Facteur de vulnérabilité. Peut constituer un élément du counseling.
Type de drogues	Hash/pot ; Ecstasy ; Speed ; Cocaïne/crack ; Héroïne ; Poppers ; Crystallmeth ; Autre (préciser)	
Mode de consommation [§]	Injection ou inhalation : Oui ; Non ; Inconnu Si injection ou inhalation, partage : Oui ; Non ; Inconnu	Facteur de risque et de vulnérabilité. Peut constituer un élément du counseling. Donne une indication pour le dépistage de certaines ITSS (transmissibles par le sang). Permet de calculer la proportion des cas d'ITSS ayant cette caractéristique.
Utilisation du condom pendant les relations sexuelles	Orales : Jamais ; Occ. ; Touj. Vaginales : Jamais ; Occ. ; Touj. Anales : Jamais ; Occ. ; Touj.	Peut constituer un élément du counseling.

Légende

- ^M : Variable retenue aux fins de la vigie provinciale, pouvant être saisie dans le fichier MADO et utilisée dans les compilations provinciales.
- [§] : Variable retenue aux fins de la vigie provinciale (visée par la proposition de modification réglementaire découlant de l'article 51.1 de la Loi sur la santé publique) mais ne pouvant être saisie dans le fichier MADO pour l'instant (demanderait d'apporter des modifications aux écrans de saisie).
- ¥ : Variable pouvant être saisie dans le fichier MADO mais non accessible ou non retenue aux fins de la vigie provinciale.

Annexe 7 : Définitions nosologiques des infections transmissibles sexuellement à déclaration obligatoire^a

Les définitions nosologiques sont mise à jour régulièrement. Il convient de consulter l'ouvrage de référence.

La liste des abréviations utilisées dans le tableau se trouve à la fin de l'annexe.

CHANCRE MOU

Cas confirmé

Manifestations cliniques compatibles et isolement d'*Hæmophilus ducreyi* dans un échantillon clinique approprié.

Cas probable

Manifestations cliniques compatibles et présence des trois conditions suivantes :

- 1) un ou plusieurs ulcères génitaux douloureux ; **et**
- 2) aucune évidence d'infection à *Treponema pallidum* à l'examen sur fond noir de l'exsudat de l'ulcère ou à l'épreuve sérologique pour la syphilis effectuée au moins trois semaines après l'apparition des ulcères ; **et**
- 3) aucune évidence d'infection à *Herpes simplex* d'après la présentation clinique des ulcères ou la culture négative.

GRANULOME INGUINAL

Cas confirmé

Manifestations cliniques compatibles et détection de corps de Donovan sur un frottis ou une biopsie de tissus de granulation après coloration de Wright ou de Giemsa.

INFECTION À *CHLAMYDIA TRACHOMATIS*

Cas confirmé^b

Présence d'une des quatre conditions suivantes :

- 1) isolement de *Chlamydia trachomatis* par culture cellulaire ; **ou**

a. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Surveillance des maladies à déclaration obligatoire au Québec : Maladies d'origine infectieuse – Définitions nosologiques*, 9^e édition, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2012, 123 p. + annexes, [En ligne]. [<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/c998857c12429a008525720a006203ea?OpenDocument>].

b. Un nouvel épisode d'infection à *Chlamydia trachomatis* ne devrait pas être inscrit au système d'information à l'intérieur d'une période de 2 mois suivant un épisode antérieur, sauf si des renseignements permettent de considérer deux déclarations comme deux épisodes distincts.

- 2) détection d'antigènes de *Chlamydia trachomatis* à l'aide d'une technique EIA ou DFA dans un prélèvement d'origine conjonctivale, pharyngée^a, urinaire, urétrale, endocervicale, vaginale ou rectale ; **ou**
- 3) détection d'acides nucléiques de *Chlamydia trachomatis* dans un prélèvement d'origine conjonctivale pharyngée, urinaire, urétrale, endocervicale, vaginale ou rectale ; **ou**
- 4) détection sérologique d'IgM spécifiques chez un nourrisson âgé de moins de 3 mois et présentant une pneumonie.

INFECTION GONOCOCCIQUE

INFECTION GONOCOCCIQUE GÉNITO-URINAIRE

Cas confirmé

Présence d'une des deux conditions suivantes :

- 1) isolement de *Neisseria gonorrhoeae* d'un spécimen clinique du tractus urogénital ; **ou**
- 2) détection d'acides nucléiques de *Neisseria gonorrhoeae* dans un spécimen clinique du tractus urogénital.

INFECTION GONOCOCCIQUE DE L'ŒIL

Cas confirmé

Présence d'une des deux conditions suivantes :

- 1) isolement de *Neisseria gonorrhoeae* d'un prélèvement oculaire ; **ou**
- 2) détection d'acides nucléiques de *Neisseria gonorrhoeae* dans un prélèvement oculaire.

INFECTION GONOCOCCIQUE AUTRE

Cas confirmé

Présence d'une des deux conditions suivantes :

- 1) isolement de *Neisseria gonorrhoeae* d'un spécimen clinique autre qu'oculaire ou urogénital ; **ou**
- 2) détection d'acides nucléiques de *Neisseria gonorrhoeae* dans un spécimen clinique autre qu'oculaire ou urogénital.

a.En plus des prélèvements pharyngés, les prélèvements provenant du rhino-pharynx et des voies respiratoires peuvent servir à confirmer un cas chez un nourrisson souffrant de pneumonie au cours des 6 premiers mois de sa vie.

LYMPHOGRANULOMATOSE VÉNÉRIENNE

Cas confirmé

Présence des trois conditions suivantes :

1) un des trois critères suivants :

- rectite, **ou**
- lymphadénopathie inguinale ou fémorale, **ou**
- contact sexuel avec un cas confirmé de lymphogranulomatose vénérienne ;

ET

2) résultat positif à au moins l'un des deux tests de détection suivants^a:

- isolement de *Chlamydia trachomatis* dans un échantillon clinique approprié, **ou**
- détection de *Chlamydia trachomatis* par une technique d'amplification génique appropriée ;

ET

3) à partir d'un résultat positif obtenu par culture ou par détection d'acides nucléiques, confirmation par séquençage de l'ADN ou par cartographie différentielle de restriction (*restriction fragment length polymorphism* [RFLP]) d'un des sérotypes responsables de lymphogranulomatose vénérienne (L1, L2 ou L3).

Cas probable

Présence des deux conditions suivantes :

1) un des trois critères suivants :

- rectite, **ou**
- lymphadénopathie inguinale ou fémorale, **ou**
- contact sexuel avec un cas confirmé de lymphogranulomatose vénérienne ;

ET

2) résultat positif à au moins l'un des cinq tests de détection suivants :

- isolement de *Chlamydia trachomatis* dans un échantillon clinique approprié, **ou**
- détection d'acides nucléiques de *Chlamydia trachomatis*, **ou**

a. La culture, la détection d'acides nucléiques et les tests sérologiques ne permettent pas de faire la distinction entre les sérotypes de *Chlamydia trachomatis* responsables de la lymphogranulomatose vénérienne et ceux qui sont associés aux autres infections. Tout résultat positif à l'un de ces tests de détection doit être confirmé par l'un des tests spécifiques mentionnés au point 3 de la définition de cas confirmé.

- détection par une épreuve de micro-immunofluorescence ou de fixation du complément d'une augmentation significative du taux d'anticorps spécifiques contre *Chlamydia trachomatis* entre le sérum prélevé en phase aiguë et celui prélevé en phase de convalescence, **ou**
- détection sérologique, par une épreuve de fixation du complément, d'un seul titre d'anticorps spécifiques contre *Chlamydia trachomatis* ≥ 64 , **ou**
- détection sérologique, par une épreuve de micro-immunofluorescence, d'un seul titre d'anticorps spécifiques contre *Chlamydia trachomatis* ≥ 256 .

SYPHILIS^a

SYPHILIS PRIMAIRE

Cas confirmé

Observation de *Treponema pallidum* dans un prélèvement provenant d'un chancre ou d'un ganglion lymphatique régional par un examen microscopique sur fond noir ou à l'aide d'anticorps fluorescents (DFA-TP).

OU

Détection d'acides nucléiques de *Treponema pallidum* dans un prélèvement provenant d'un chancre.

OU

Présence d'au moins un chancre compatible avec une syphilis primaire et détection sérologique d'une infection à *Treponema pallidum* par deux tests reconnus^b, dont au moins un test tréponémique, chez une personne sans antécédent de syphilis.

OU

a. En plus des résultats positifs d'observation de *Treponema pallidum* dans un prélèvement provenant d'un chancre ou d'un ganglion lymphatique, les laboratoires doivent déclarer aux directions de santé publique les résultats de laboratoire suivants :

- tous les résultats positifs de tests non tréponémiques sur un sérum (VDRL, RPR, TRUST ou autres), peu importe le titre, confirmés par un test tréponémique (TP-PA, FTA-ABS-DS, MHA-TP, EIA, INNO-LIA ou autres tests reconnus). La déclaration doit inclure la dilution du résultat (1/1, 1/2, 1/4, 1/8, etc.) ;
- même en présence d'un test non tréponémique négatif, tous les résultats positifs de tests tréponémiques (TP-PA, FTA-ABS-DS, MHA-TP, EIA, INNO-LIA ou autres tests reconnus) lorsque les informations cliniques et épidémiologiques suggèrent une acquisition récente de la syphilis ;
- tous les résultats positifs d'un VDRL utilisant une procédure spécifique validée pour le diagnostic de la neurosyphilis, réactif sur un spécimen de liquide céphalo-rachidien (cette épreuve spécifique doit habituellement être effectuée par un laboratoire de référence).

Les cas qui ont déjà été déclarés et qui présentaient un profil de résultats de tests non tréponémiques ou tréponémiques pouvant suggérer l'acquisition d'une nouvelle infection doivent faire l'objet d'une nouvelle déclaration.

b. Les tests reconnus sont les tests tréponémiques TP-PA, MHA-TP, EIA, INNO-LIA ou autres et non tréponémiques VDRL, RPR, TRUST ou autres.

Présence d'au moins un chancre compatible avec une syphilis primaire et augmentation d'au moins quatre fois du titre du dernier test non tréponémique (VDRL, RPR, TRUST ou autres) par rapport au test non tréponémique précédent chez une personne ayant déjà été traitée pour la syphilis.

SYPHILIS SECONDAIRE

Cas confirmé

Observation de *Treponema pallidum* dans un prélèvement provenant de lésions cutanéomuqueuses ou d'un condylome plat par un examen microscopique sur fond noir ou à l'aide d'anticorps fluorescents (DFA-TP).

OU

Présence des deux conditions suivantes :

- 1) lésions cutanéomuqueuses typiques (éruption cutanée, alopecie, chute des cils et du tiers latéral des sourcils), uvéite, adénopathies généralisées, fièvre, malaises ou splénomégalie ; **et**
- 2) détection sérologique d'une infection à *Treponema pallidum* par deux tests reconnus^a, dont au moins un test tréponémique, ou augmentation d'au moins quatre fois du titre du dernier test non tréponémique par rapport au précédent test non tréponémique.

SYPHILIS LATENTE PRÉCOCE

Cas confirmé

Présence des trois conditions suivantes :

- 1) absence de manifestations cliniques de syphilis ; **et**
- 2) détection sérologique d'une infection à *Treponema pallidum* par deux tests reconnus^b, dont au moins un test tréponémique ; **et**
- 3) une des quatre situations suivantes :
 - résultat négatif ou titre quatre fois inférieur pour un test non tréponémique effectué au cours des 12 derniers mois, **ou**
 - symptômes compatibles avec une syphilis primaire ou secondaire, apparus au cours des 12 derniers mois et non traités, **ou**
 - personne ayant eu un contact sexuel avec un patient atteint d'une syphilis primaire, secondaire ou latente précoce au cours des 12 derniers mois et non traitée, **ou**
 - épisode antérieur de syphilis traité adéquatement pour lequel la seule cause qui explique la persistance des titres élevés^a est une nouvelle infection.

a. Les tests reconnus sont les tests tréponémiques TP-PA, MHA-TP, EIA, INNO-LIA ou autres et non tréponémiques VDRL, RPR, TRUST ou autres.

b. Voir la note précédente.

SYPHILIS LATENTE TARDIVE

Cas confirmé

Présence des quatre conditions suivantes :

- 1) détection sérologique d'une infection à *Treponema pallidum* par un test tréponémique (TP-PA, FTA-ABS-DS, MHA-TP, EIA, INNO-LIA ou autres tests reconnus) indépendamment du résultat du test non tréponémique (VDRL, RPR, TRUST ou autres) ; **et**
- 2) absence de manifestations cliniques de syphilis ; **et**
- 3) aucun traitement antérieur pour la syphilis ; **et**
- 4) absence de situations suggérant l'acquisition de l'infection par *Treponema pallidum* au cours des 12 derniers mois (mentionnées au point 3 de la définition de cas de la syphilis latente précoce).

NEUROSYPHILIS

Cas confirmé

Détection sérologique d'une infection à *Treponema pallidum* par un test tréponémique (TP-PA, FTA-ABS-DS, MHA-TP, EIA, INNO-LIA ou autres tests reconnus) indépendamment du résultat au test non tréponémique (VDRL, RPR, TRUST ou autres) chez une personne qui présente une des trois conditions suivantes :

- 1) un VDRL utilisant une méthode spécifique validée réactif sur un LCR non sanguinolent ; **ou**
- 2) manifestations cliniques compatibles avec une neurosyphilis (syphilis méningo-vasculaire, parésie généralisée ou *tabes dorsalis*, par exemple) et pléiocytose sur le LCR en l'absence d'autres causes ; **ou**
- 3) manifestations cliniques compatibles avec une neurosyphilis (syphilis méningo-vasculaire, parésie généralisée ou *tabes dorsalis*, par exemple) et protéinorachie sur le LCR en l'absence d'autres causes.

a. Selon le *Guide sur le traitement pharmacologique des ITSS : Syphilis*, publié en janvier 2012 par l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, les réponses sérologiques attendues après le traitement d'un épisode de syphilis sont les suivantes :

- après un épisode de syphilis primaire, baisse de 4 fois après 6 mois (4 fois = 2 dilutions ; par exemple, passage de 1:32 dilution à 1:8 dilution) et baisse de 8 fois après 12 mois ;
- après un épisode de syphilis secondaire, baisse de 8 fois après 6 mois et de 16 fois après 12 mois ;
- après un épisode de syphilis latente précoce, baisse de 4 fois après 12 mois.

SYPHILIS TERTIAIRE AUTRE QUE LA NEUROSYPHILIS

Cas confirmé

Détection sérologique d'une infection à *Treponema pallidum* par un test tréponémique (TP-PA, FTA-ABS-DS, MHA-TP, EIA, INNO-LIA ou autres tests reconnus) indépendamment du résultat du test non tréponémique (VDRL, RPR, TRUST ou autres) chez une personne qui présente les deux conditions suivantes :

- 1) manifestations cliniques compatibles au niveau du système cardiovasculaire, osseux ou cutané en l'absence d'autres causes ; **et**
- 2) absence de manifestations cliniques ou d'épreuves de laboratoire compatibles avec une neurosyphilis.

SYPHILIS CONGÉNITALE

Cas confirmé

Chez un nourrisson ou chez un enfant mort-né, observation de *Treponema pallidum* dans un échantillon clinique (prélèvements du placenta, du cordon ombilical, d'exsudat nasal ou de lésions cutanées) ou dans du matériel d'autopsie par un examen microscopique avec coloration appropriée ou à l'aide d'anticorps fluorescents (DFA-TP).

OU

Chez un nouveau-né ou un nourrisson, présence des trois conditions suivantes :

- 1) détection sérologique d'une infection à *Treponema pallidum* par des tests non tréponémiques (VDRL, RPR, TRUST ou autres) et tréponémiques (TP-PA, FTA-ABS-DS, MHA-TP, EIA, INNO-LIA ou autres tests reconnus) dans du sang veineux (et non du sang de cordon ombilical) ; **et**
- 2) manifestations cliniques, biochimiques ou radiologiques de syphilis congénitale compatibles au niveau du système cardiovasculaire, osseux ou cutané en l'absence d'autres causes ; **et**
- 3) absence de traitement adéquat chez la mère.

Cas probable

Chez un nouveau-né ou un nourrisson, en l'absence de manifestations cliniques, biochimiques ou radiologiques de syphilis congénitale compatibles, présence des deux conditions suivantes :

- 1) détection sérologique d'une infection à *Treponema pallidum* par des tests non tréponémiques (VDRL, RPR, TRUST ou autres) et tréponémiques (TP-PA, FTA-ABS-DS, MHA-TP, EIA, INNO-LIA ou autres tests reconnus) dans du sang veineux (et non du sang de cordon ombilical) ; **et**
- 2) absence de traitement adéquat chez la mère.

SYPHILIS SANS PRÉCISION

Cas confirmé

Présence des deux conditions suivantes :

- 1) détection sérologique d'une infection à *Treponema pallidum* par un test tréponémique (TP-PA, FTA-ABS-DS, MHA-TP, EIA, INNO-LIA ou autres tests reconnus) indépendamment du résultat du test non tréponémique (VDRL, RPR, TRUST ou autres) ; **et**
- 2) renseignements cliniques disponibles ne permettant pas de classer le stade clinique du cas comme défini précédemment.

Abréviations utilisées

ADN : Acide désoxyribonucléique

DFA : *Direct Fluorescent Antibody*, ou immunofluorescence directe

DFA-TP : *Direct Fluorescent Antibody Test for Treponema pallidum*

EIA : *Enzyme immunoassay*

FTA-ABS-DS : *Fluorescent Treponemal Antibody Absorption Test*

INNO-LIA : *Immunoline Assay*

LCR : liquide céphalo-rachidien

MHA-TP : *Microhemagglutination Assay*

RFLP : *Restriction Fragment Length Polymorphism*, ou cartographie différentielle de restriction

RPR : Rapid plasma reagin

TP-PA : *Treponema pallidum Particle Agglutination Assay*

TRUST : test non tréponémique au rouge de toluidine

VDRL : *Veneral Disease Research Laboratory*

Annexe 8 Formulaires relatifs à l'enquête épidémiologique effectuée à la suite d'une déclaration d'infection transmissible sexuellement à déclaration obligatoire et guide d'utilisation des formulaires

Annexe 8A : Formulaires relatifs à l'enquête épidémiologique effectuée à la suite d'une déclaration d'infection transmissible sexuellement à déclaration obligatoire

Formulaire relatif à l'enquête épidémiologique effectuée à la suite d'une déclaration d'infection transmissible sexuellement à déclaration obligatoire

☐ Infection à *Chlamydia trachomatis*

☐ Infection gonococcique

SECTION 1 – DÉCLARATION ET GESTION

1.1 Numéros de dossier et date de l'épisode

^M Date de l'épisode : ____ / ____ / ____ (aaaa/mm/jj)

[¥] N° MADQ régional : _____

^M N° MADQ dépersonnalisé : _____

1.2 [¥] Origine de la déclaration

☐ M.D. déclarant, nom : _____

N° permis : _____

Tél. : (____) ____ - _____

☐ M.D. traitant (si différent), nom : _____

N° permis : _____

Tél. : (____) ____ - _____

☐ Infirmière déclarante, nom : _____

N° permis : _____

Tél. : (____) ____ - _____

☐ Laboratoire déclarant, nom : _____

Code : | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ |

Tél. : (____) ____ - _____

1.3 Informations sur le cas-index

[¥] Prénom : _____

[¥] Nom : _____

^M Âge : _____

^M Date de naissance : ____ / ____ / ____

☐ Date inconnue

(aaaa/mm/jj)

^M Sexe : ☐ Masculin

☐ Féminin

☐ Transsexuelle homme-femme

☐ Transsexuel femme-homme

☐ Inconnu

☐ Autre, préciser : _____

Pays de naissance : ☐ Canada

☐ Autre, préciser : _____

☐ Inconnu

Si pays autre, date d'arrivée au Canada : ____ / ____ / ____ (aaaa/mm/jj)

☐ Date d'arrivée inconnue

§ Origine ethnoculturelle : À quel groupe ethnique ou à quelle communauté culturelle vous identifiez-vous?

☐ Canadienne

☐ Autochtone : ☐ Premières Nations

☐ Métisse

☐ Inuite

☐ États-unienne

☐ Caribéenne (ex. : haïtienne, jamaïcaine, cubaine, dominicaine)

☐ Latino-américaine (ex. : mexicaine, colombienne, chilienne, salvadorienne, brésilienne, argentine)

☐ Européenne (ex. : française, anglaise, irlandaise, écossaise, allemande, italienne, portugaise)

☐ Nord-africaine ou moyenne-orientale (ex. : algérienne, marocaine, tunisienne, somalienne, égyptienne, iranienne)

☐ Africaine sub-saharienne : sud, est, ouest et centre (ex. : sud-africaine, rwandaise, ougandaise, malienne)

☐ Asiatique de l'Est ou du Sud Est (ex. : chinoise, japonaise, philippine, vietnamienne, coréenne, laotienne)

☐ Asiatique du Sud (ex. : indienne, pakistanaise, tamoule, sri lankaise)

☐ Autre, préciser : _____

☐ Inconnue

^M Région sociosanitaire de résidence : _____

^M CSSS de résidence : _____

[¥] Adresse : _____

[¥] Code postal : | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ |

[¥] Numéros de téléphone, adresse courriel et pseudonyme (indiquer la préférence)

Maison : (____) ____ - _____

Travail : (____) ____ - _____

Cellulaire : (____) ____ - _____

Autre : (____) ____ - _____

Courriel : _____

Site de rencontre ou clavardoir : _____

Autres coordonnées pour joindre le cas-index :

Commentaire :

1.4 Gestion interne du dossier

Nom de l'enquêteur : _____ ☐ DRSP, préciser : _____
☐ CSSS, préciser : _____
☐ Autre établissement, préciser : _____

N° de dossier attribué par le CSSS ou l'établissement qui fait l'enquête : _____

Autre n° de dossier, préciser : _____

Date d'ouverture du dossier : _____ / _____ / _____ (aaaa/mm/jj)

Enquête effectuée auprès : ☐ du C.-I. ☐ du M.D. ☐ de l'inf. ☐ autre, préciser : _____

Enquête non effectuée auprès du cas-index : ☐ ITS autre que prioritaire ☐ Refus du cas-index

☐ Barrière de langue ☐ Cas perdu pour le suivi ☐ Autre, préciser : _____

Relance auprès du cas-index concernant l'intervention préventive auprès de ses partenaires

Prévue le : _____ / _____ / _____ (aaaa/mm/jj) Faite le : _____ / _____ / _____ (aaaa/mm/jj)

Notes pour le suivi du dossier

Intervention	Date	Commentaires	Initiales

SECTION 2 – DONNÉES CLINIQUES

Données obtenues : ☐ du C.-I. ☐ du M.D. ☐ de l'inf. ☐ autre, préciser : _____

2.1 Raison du test de détection

☐ Dépistage d'ITSS (bilan ITSS)

☐ § Symptômes et diagnostic

☐ Dépistage prénatal

Autre, préciser : _____

☐ Dépistage avant une IVG

☐ Inconnue

☐ Contact d'un cas connu d'ITSS (IPPAP) :

☐ Infection à *Chlamydia trachomatis*

☐ Infection gonococcique

☐ Autre ITSS, préciser : _____

Commentaires : _____

2.2 Historique des symptômes

☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu

Si oui, cocher les § symptômes :

Date du début (aaaa/mm/jj)

☐ Écoulement : ☐ vagin ☐ urètre ☐ anus

____ / ____ / ____

☐ Dysurie

____ / ____ / ____

☐ Douleur : ☐ pelvienne ☐ rectale ☐ autre, préciser : _____

____ / ____ / ____

☐ Autre, préciser : _____

____ / ____ / ____

Commentaires ou précisions sur les symptômes (ex. : persistance des symptômes) : _____

2.3 ^M Sites ou nature des prélèvements positifs (cocher **TOUS** ceux avec résultat positif)

☐ Col ☐ Urètre ☐ Pharynx ☐ Urine ☐ Oeil

☐ Vagin ☐ Anus/rectum ☐ Articulation ☐ Sang ☐ Autre, préciser : _____

2.4 ^M Résultats de laboratoire

2.4a Résultats

Tests	Résultats			^M Date du prélèvement (aaaa/mm/jj)
TAAN pour <i>C. trachomatis</i> (ex. : PCR)	☐ Réactif	☐ Non réactif	☐ Inconnu	____ / ____ / ____
Culture de <i>N. gonorrhoeae</i>	☐ Réactif	☐ Non réactif	☐ Inconnu	____ / ____ / ____
TAAN pour <i>N. gonorrhoeae</i> (ex. : PCR)	☐ Réactif	☐ Non réactif	☐ Inconnu	____ / ____ / ____
EIA pour <i>C. trachomatis</i>	☐ Réactif	☐ Non réactif	☐ Inconnu	____ / ____ / ____
DFA pour <i>C. trachomatis</i>	☐ Réactif	☐ Non réactif	☐ Inconnu	____ / ____ / ____
Autre, préciser : _____	☐ Réactif	☐ Non réactif	☐ Inconnu	____ / ____ / ____

2.4b ^M Profil de résistance (selon les données de la déclaration, du rapport du LSPQ et des résultats de laboratoire)

☐ Souche sensible (pas de résistance)

☐ Résistance à la céfixime

☐ Souche productrice de β -lactamase (NGPP)

☐ Sensibilité réduite à la céfixime

☐ Autre type de résistance à la pénicilline

☐ Résistance à la ceftriaxone

☐ Résistance à la tétracycline

☐ Sensibilité réduite à la ceftriaxone

☐ Résistance à la ciprofloxacine

☐ Autre, préciser : _____

☐ Résistance à l'azithromycine

☐ Inconnu

2.5 ITSS concomitante (cocher toutes les ITS diagnostiquées en même temps que l'ITS déclarée)

	Oui	Non	Inconnu
Infection à <i>Chlamydia trachomatis</i>	☐	☐	☐
Infection gonococcique	☐	☐	☐
Syphilis	☐	☐	☐
Hépatite B	☐	☐	☐
Hépatite C	☐	☐	☐
Autre, préciser : _____	☐	☐	☐

2.6 § Traitement prescrit (Cocher TOUS les antibiotiques prescrits. Pour identifier ces antibiotiques, consulter le CPS. Pour vérifier la conformité avec les recommandations, se référer aux [Guides sur le traitement pharmacologique des ITSS de l'INESSS](#).)

Antibiotique	Date (aaaa/mm/jj)	Dosage
☐ Céfixime (Suprax)	_____ / _____ / _____	☐ 800 mg unidose PO ☐ Autre, préciser : _____
☐ Ceftriaxone (Rocephin)	_____ / _____ / _____	☐ 250 mg IM unidose ☐ Autre, préciser : _____
☐ Azithromycine (Zithromax)	_____ / _____ / _____	☐ 1 gm PO unidose ☐ 2 gm PO unidose
☐ Doxycycline (Vibramycine) ou ofloxacin (Floxin)	Début : _____ / _____ / _____ Fin : _____ / _____ / _____	☐ 100 mg PO, BID (doxycycline), _____ jours ☐ 300 mg PO, BID (ofloxacin), _____ jours ☐ 200 mg PO, BID (ofloxacin), _____ jours
☐ Amoxicilline (Amoxil) (2 ^e choix pour traiter l'infection à <i>C. trachomatis</i> chez les femmes enceintes ou allaitantes)	Début : _____ / _____ / _____ Fin : _____ / _____ / _____	☐ 500 mg PO TID, 7 jours
☐ Autre, préciser : _____	Début : _____ / _____ / _____ Fin : _____ / _____ / _____	☐ Préciser : _____
☐ Inconnu		

Commentaires (allergie, contexte particulier – surtout si le traitement administré n'est pas le traitement privilégié dans le [Guide sur le traitement pharmacologique des ITSS de l'INESSS](#)) :

2.7 Visite de suivi (contrôle) (si pertinente. Se référer aux [Guides sur le traitement pharmacologique des ITSS de l'INESSS](#) et aux [Lignes directrices canadiennes sur les ITS de l'ASPC](#).)

☐ Prévus le : _____ / _____ / _____ (aaaa/mm/jj) ☐ Faite le : _____ / _____ / _____ (aaaa/mm/jj)
☐ Non prévue ☐ Inconnue Commentaires : _____

Section remplie par : _____ Date : _____ / _____ / _____ (aaaa/mm/jj)

SECTION 3 – FACTEURS DE RISQUE OU DE VULNÉRABILITÉ ET SOURCES D'EXPOSITION

Données obtenues : ☐ du C.-I. ☐ du M.D. ☐ de l'inf. ☐ autre, préciser : _____

3.1 Antécédents d'ITSS

Avant cette infection, avez-vous déjà reçu un ou des diagnostics d'ITSS? (cocher les ITSS nommées)

	Année	Commentaire
Infection à <i>C. trachomatis</i>	☐ _____	_____
Infection gonococcique	☐ _____	_____
Syphilis	☐ _____	_____
Hépatite B	☐ _____	_____
Hépatite C	☐ _____	_____
Autre, préciser : _____	☐ _____	_____

3.2 Grossesse et complications du système reproducteur (à remplir seulement si le cas-index est une femme en âge de procréer)

- § Êtes-vous présentement enceinte? ☐ Oui, préciser la DPA : _____ / _____ / _____ (aaaa/mm/jj) ☐ Non ☐ Inconnu
- Avez-vous déjà eu une interruption volontaire de grossesse ou un avortement?
☐ Oui, date d'IVG la plus récente : _____ / _____ / _____ (aaaa/mm/jj) ☐ Non ☐ Inconnu
- Avez-vous déjà eu des complications du système reproducteur?
☐ Oui, préciser (AIP, grossesse ectopique, infertilité, etc.) : _____ ☐ Non ☐ Inconnu

3.3 Partenaires dans les 12 derniers mois

Au cours des 12 derniers mois :

- § avec combien de personnes avez-vous eu des relations sexuelles (orales, vaginales, anales)?
Nombre : _____ ou ☐ De 1 à 3 ☐ De 4 à 10 ☐ Plus de 10
- § avez-vous eu des relations sexuelles avec des hommes, avec des femmes ou avec les deux?
☐ Seulement avec des hommes ☐ Seulement avec des femmes ☐ Avec des hommes et des femmes ☐ Inconnu
§ Partenaires féminines : certaines sont-elles présentement enceintes? ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu
avez-vous rencontré de nouveaux partenaires sexuels? ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu
Si oui, précisez comment vous avez rencontré ces partenaires? (cocher toutes les réponses positives données par le cas-index)

☐ Amis/famille	☐ Party privé	☐ Application mobile/téléphonie (Grindr, Hotline, etc.)
☐ École	☐ Club échangiste	☐ Internet (sites de rencontre)
☐ Travail	☐ Sauna	☐ Internet (réseaux sociaux)
☐ Parc/camping	☐ Prison	☐ Internet (sans précision)
☐ Bar/club	☐ Autres _____	

Commentaires : _____
avez-vous des partenaires anonymes? ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu
- ^M avez-vous eu des relations sexuelles avec quelqu'un qui réside habituellement à l'extérieur du Québec?
☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu
Si oui, étiez-vous en voyage à l'extérieur du Québec? ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu
 - Si oui, quels pays avez-vous visités? _____
 - Si oui, quel est le pays de résidence habituelle des partenaires? _____
 - Sinon, est-ce que les partenaires étaient en visite au Québec?
☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu Pays de résidence habituelle de ces partenaires : _____

Toujours au cours des 12 derniers mois :

- | | | | | |
|---|--------------------------|---------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • est-ce que l'un de vos partenaires vous a dit qu'il avait : | Oui | Quand a-t-il été infecté? | Non | Inconnu |
| une infection à <i>C. trachomatis</i> | ☐ | _____ | ☐ | ☐ |
| une infection gonococcique | ☐ | _____ | ☐ | ☐ |
| la syphilis | ☐ | _____ | ☐ | ☐ |
| une hépatite B | ☐ | _____ | ☐ | ☐ |
| une hépatite C | ☐ | _____ | ☐ | ☐ |
| une autre infection, préciser : _____ | ☐ | _____ | ☐ | ☐ |
-
- | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • est-ce que vous avez eu des relations sexuelles avec : | Oui | Non | Inconnu |
| un homme qui a des relations sexuelles avec d'autres hommes?
(seulement pour les femmes qui ont des partenaires masculins) | ☐ | ☐ | ☐ |
| une personne qui utilise des drogues par injection? | ☐ | ☐ | ☐ |
| une personne qui a d'autres partenaires? | ☐ | ☐ | ☐ |
| une personne qui reçoit ou donne de l'argent, des drogues
ou des cadeaux en échange de relations sexuelles? | ☐ | ☐ | ☐ |
| une personne qui a des relations sexuelles à l'extérieur du Québec? | ☐ | ☐ | ☐ |

3.4 Autres comportements à risque dans les 12 derniers mois

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous :

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • utilisé le condom pendant vos relations sexuelles : | Toujours | À l'occasion | Jamais | Inconnu | Ne s'applique pas |
| orales | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| vaginales | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| anales | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
-
- | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Oui | Non | Inconnu |
| • § reçu de l'argent, des drogues, des cadeaux
ou d'autres faveurs en échange de relations sexuelles? | ☐ | ☐ | ☐ |
| • donné de l'argent, des drogues, des cadeaux
ou d'autres faveurs en échange de relations sexuelles? | ☐ | ☐ | ☐ |
| • eu des relations sexuelles sous l'effet de drogues ou d'alcool? | ☐ | ☐ | ☐ |
| • consommé des drogues illicites (ex. : <i>ecstasy</i> , <i>hash/pot</i> , <i>cocaïne</i>)? | ☐ | ☐ | ☐ |
- Si oui, quelles drogues? ☐ Hash/pot ☐ Ecstasy ☐ Speed ☐ Cocaïne/crack ☐ Héroïne ☐ Poppers
☐ Crystalmeth ☐ Autre, préciser : _____
- § Si oui, les avez-vous consommées :
- par injection? ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu
- par inhalation (paille, pipe en verre)? ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu
- Si oui, avez-vous partagé avec une autre personne le matériel de préparation, d'injection ou d'inhalation?
- ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu

Commentaires : _____

Section remplie par : _____

Date : ____ / ____ / ____ (aaaa/mm/jj)

SECTION 4 – INTERVENTION PRÉVENTIVE AUPRÈS DU CAS-INDEX

4.1 Créer des conditions favorables au succès du traitement de l'infection

- ☐ Faire s'exprimer le cas-index à propos de ses connaissances et perceptions sur l'infection et les complications qui peuvent en découler, et lui fournir l'information complémentaire au besoin.
- ☐ Évaluer la possibilité d'une persistance de l'infection ou d'une réinfection advenant :
- ☐ l'apparition ou la persistance de symptômes (envisager la possibilité d'une cause autre qu'une infection);
 - ☐ une exposition récente à un partenaire non traité (dans les sept jours d'un traitement unidose OU avant la fin d'un traitement de sept jours et plus OU avant la disparition des symptômes) ou à un nouveau partenaire;
 - ☐ une infection causée par une souche résistante aux antibiotiques prescrits ou par d'autres agents pathogènes;
 - ☐ une mauvaise observance du traitement;
 - ☐ un traitement non conforme aux recommandations des [Guides sur le traitement pharmacologique des ITSS de l'INESSS](#) ou des [Lignes directrices canadiennes sur les ITS de l'ASPC](#);
Demander une évaluation clinique de contrôle, selon les recommandations des [Guides sur le traitement pharmacologique des ITSS de l'INESSS](#) ou des [Lignes directrices canadiennes sur les ITS de l'ASPC](#)? ☐ Oui ☐ Non
- ☐ Favoriser l'administration d'un traitement efficace par :
- ☐ la promotion de l'observance du traitement prescrit;
 - ☐ la promotion, au besoin, du programme de gratuité des médicaments contre les ITS.

4.2 Consolider le counseling préventif effectué en première ligne

- ☐ Faire s'exprimer le cas-index à propos de ses connaissances et perceptions sur le dépistage des ITSS et lui fournir l'information complémentaire au besoin.
- ☐ Évaluer s'il est indiqué de procéder au dépistage du VIH et des autres ITSS (co-infection, dépistage périodique).
- ☐ Promouvoir les comportements sécuritaires et soutenir l'adoption de ces comportements :
- ☐ en discutant avec le cas index des risques liés à ses comportements sexuels ou à ses habitudes de vie;
 - ☐ en l'aidant à identifier des comportements plus sécuritaires que les siens;
 - ☐ en décelant les obstacles à la prévention et en soutenant la recherche de solutions.
- ☐ Vérifier les besoins du cas-index, lui fournir de l'information sur les ressources pouvant répondre aux besoins qu'il a exprimés et l'orienter vers les ressources appropriées.
- ☐ Promouvoir l'immunisation contre l'hépatite A, l'hépatite B et les infections par le VPH, selon les indications du [Protocole d'immunisation du Québec](#).

Le cas-index fait-il partie de l'un ou l'autre des groupes ciblés pour la vaccination? VHA ☐ Oui ☐ Non ☐ Données insuffisantes

VHB ☒ Oui

VPH ☐ Oui ☐ Non ☐ Données insuffisantes

Vaccination antérieure du cas-index

	Oui	Non	Inconnu	Si oui, type de vaccin	Nombre de doses	Dernière dose (aaaa/mm/jj)
VHA	☐	☐	☐	_____	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	_____ / _____ / _____
VHB	☐	☐	☐	_____	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	_____ / _____ / _____
VPH	☐	☐	☐	_____	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	_____ / _____ / _____

Vaccins recommandés	Vaccins administrés	Référence
VHA ☐ Oui ☐ Non ☐ Données insuffisantes	Nom du vaccin : _____ Nombre de doses : _____ Dates (aaaa/mm/jj) : _____ / _____ / _____	Préciser :
VHB ☐ Oui ☐ Non ☐ Données insuffisantes	Nom du vaccin : _____ Nombre de doses : _____ Dates (aaaa/mm/jj) : _____ / _____ / _____	Préciser :
VPH ☐ Oui ☐ Non ☐ Données insuffisantes	Nom du vaccin : _____ Nombre de doses : _____ Dates (aaaa/mm/jj) : _____ / _____ / _____	Préciser :

Commentaires : _____

Section remplie par : _____

Date : _____ / _____ / _____ (aaaa/mm/jj)

4.3 Soutenir la personne atteinte pour l'intervention préventive auprès de ses partenaires

- ☐ Sensibiliser le cas-index aux avantages qu'il peut tirer de l'intervention, notamment celui :
- ☐ de faire diminuer son risque de réinfection;
 - ☐ d'être vu comme une personne responsable.
- ☐ Sensibiliser le cas-index à la responsabilité et à la solidarité sociale en évoquant, entre autres :
- ☐ le droit des personnes exposées d'avoir accès aux mesures préventives appropriées;
 - ☐ les moyens de freiner la propagation de l'infection dans la communauté.
- ☐ Présenter au cas-index les différents services pouvant l'appuyer dans sa démarche et les mesures prises pour préserver la confidentialité des renseignements recueillis.
- ☐ Offre de soutien acceptée : ☐ remplir les sections 4.3.1, 4.3.2 et 5 ou ☐ diriger vers un service de soutien

☐ Offre de soutien refusée : ☐ raison du refus : _____

☐ envoi de documentation : _____

☐ relance, date prévue : ____ / ____ / ____ (aaaa/mm/jj) ☐ pas de relance

4.3.1 Déterminer la période visée : partenaires à joindre

- Les partenaires qui ont eu un contact sexuel avec la personne infectée dans les 60 jours précédant le début des symptômes ou le moment du diagnostic.
- S'il n'y a aucun partenaire sexuel dans les 60 jours précédant le début des symptômes ou le moment du diagnostic, le plus récent partenaire sexuel de la personne infectée.
- Les partenaires qui ont eu un contact sexuel avec la personne infectée avant que celle-ci n'ait terminé son traitement ou moins de 7 jours après un traitement unidose.
- Les partenaires qui ont eu un contact sexuel avec la personne infectée qui présente des symptômes.
- Si tous les partenaires retracés ont des résultats négatifs, les partenaires rencontrés avant la période visée pour l'intervention pourraient être avisés.
- La mère d'un nouveau-né infecté et les partenaires sexuels de celle-ci.

Informations permettant de déterminer la période visée (voir les sections indiquées)

- Date du début des symptômes (section 2.2) : ____ / ____ / ____ (aaaa/mm/jj) ☐ N'a pas eu de symptômes
- Persistance des symptômes (section 2.2) : ☐ Oui ☐ Non ☐ N'a pas eu de symptômes
- Date du prélèvement (section 2.4) : ____ / ____ / ____ (aaaa/mm/jj)
- Date de la fin du traitement (section 2.6) : ____ / ____ / ____ (aaaa/mm/jj)
(dans le cas du traitement unidose, compter 7 jours après la date de l'administration du traitement)
- Date de la dernière visite de suivi, si pertinent (section 2.7) : ____ / ____ / ____ (aaaa/mm/jj)

PÉRIODE VISÉE

Du ____ / ____ / ____ (aaaa/mm/jj) au ____ / ____ / ____ (aaaa/mm/jj)

Nombre de partenaires sexuels à joindre (relations orales, vaginales ou anales) : _____

Commentaires : _____

Section remplie par : _____

Date : ____ / ____ / ____ (aaaa/mm/jj)

4.3.2 Identifier les partenaires à joindre, soit ceux de la période visée, allant du ____/____/____ (aaaa/mm/jj) au ____/____/____ (aaaa/mm/jj) (indiquer toutes les dates en aaaa/mm/jj)

Identification du partenaire					
No	Identifiant (prénom, nom, surnom, pseudonyme) : _____				
Age et sexe	Type de partenaire	Contexte de la rencontre		Type relations sexuelles	Dernière relation sexuelle
Age : ____ ☐ Féminin ☐ Masculin ☐ Autre : ____	☐ Conjoint ☐ Régulier ☐ Occasionnel ☐ Aventure ☐ Anonyme	☐ Amis/famille ☐ École ☐ Travail ☐ Parc/camping ☐ Bar/club ☐ Party privé	☐ Club échangiste ☐ Sauna ☐ Prison ☐ App. mobile/télep. ☐ Internet ☐ Autre : ____	Protégée ☐ Orale ☐ Vaginale ☐ Anale Non protégée ☐ ☐ ☐	Date : ____/____/____
Type d'entente					
☐ Déjà avisé ☐ Sera avisé par le cas-index (à relancer après 1 semaine) ☐ Orienté vers santé publique (inscrire n°dossier formulaire partenaire) ☐ Dossier à transférer : préciser dans commentaires					
Suivi de l'intervention auprès des partenaires					
Notification		Traitement		Dépistage	
Date du suivi : ____/____/____ ☐ Partenaire avisé, date : ____/____/____ ☐ Partenaire non avisé : demander raisons et préciser la nouvelle entente		☐ Traité, date : ____/____/____ ☐ Non traité ☐ Inconnu		☐ Dépisté, date : ____/____/____ Résultat : ☐ Positif ☐ Négatif ☐ Inconnu ☐ Non dépisté ☐ Inconnu	
Nouvelle entente					
☐ Cas index ☐ Santé publique (inscrire n°dossier formulaire partenaire) ☐ Autre : préciser					
Commentaires					

Identification du partenaire					
No	Identifiant (prénom, nom, surnom, pseudonyme) : _____				
Age et sexe	Type de partenaire	Contexte de la rencontre		Type relations sexuelles	Dernière relation sexuelle
Age : ____ ☐ Féminin ☐ Masculin ☐ Autre : ____	☐ Conjoint ☐ Régulier ☐ Occasionnel ☐ Aventure ☐ Anonyme	☐ Amis/famille ☐ École ☐ Travail ☐ Parc/camping ☐ Bar/club ☐ Party privé	☐ Club échangiste ☐ Sauna ☐ Prison ☐ App. mobile/télep. ☐ Internet ☐ Autre : ____	Protégée ☐ Orale ☐ Vaginale ☐ Anale Non protégée ☐ ☐ ☐	Date : ____/____/____
Type d'entente					
☐ Déjà avisé ☐ Sera avisé par le cas-index (à relancer après 1 semaine) ☐ Orienté vers santé publique (inscrire n°dossier formulaire partenaire) ☐ Dossier à transférer : préciser dans commentaires					
Suivi de l'intervention auprès des partenaires					
Notification		Traitement		Dépistage	
Date du suivi : ____/____/____ ☐ Partenaire avisé, date : ____/____/____ ☐ Partenaire non avisé : demander raisons et préciser la nouvelle entente		☐ Traité, date : ____/____/____ ☐ Non traité ☐ Inconnu		☐ Dépisté, date : ____/____/____ Résultat : ☐ Positif ☐ Négatif ☐ Inconnu ☐ Non dépisté ☐ Inconnu	
Nouvelle entente					
☐ Cas index ☐ Santé publique (inscrire n°dossier formulaire partenaire) ☐ Autre : préciser					
Commentaires					

Identification du partenaire					
No	Identifiant (prénom, nom, surnom, pseudonyme) : _____				
Age et sexe	Type de partenaire	Contexte de la rencontre		Type relations sexuelles	Dernière relation sexuelle
Age : _____ ☐ Féminin ☐ Masculin ☐ Autre : _____	☐ Conjoint ☐ Régulier ☐ Occasionnel ☐ Aventure ☐ Anonyme	☐ Amis/famille ☐ École ☐ Travail ☐ Parc/camping ☐ Bar/club ☐ Party privé	☐ Club échangiste ☐ Sauna ☐ Prison ☐ App. mobile/télép. ☐ Internet ☐ Autre : _____	Protégée ☐ Orale ☐ Vaginale ☐ Anale	Non protégée ☐ ☐ ☐
Date : _____/_____/_____					
Type d'entente					
☐ Déjà avisé ☐ Orienté vers santé publique (inscrire n°dossier formulaire partenaire)					
☐ Sera avisé par le cas-index (à relancer après 1 semaine) ☐ Dossier à transférer : préciser dans commentaires					
Suivi de l'intervention auprès des partenaires					
Notification		Traitement		Dépistage	
Date du suivi : _____/_____/_____ ☐ Partenaire avisé, date : _____/_____/_____ ☐ Partenaire non avisé : demander raisons et préciser la nouvelle entente		☐ Traité, date : _____/_____/_____ ☐ Non traité ☐ Inconnu		☐ Dépisté, date : _____/_____/_____ Résultat : ☐ Positif ☐ Négatif ☐ Inconnu ☐ Non dépisté ☐ Inconnu	
Nouvelle entente					
☐ Cas index ☐ Santé publique (inscrire n°dossier formulaire partenaire) ☐ Autre : préciser					
Commentaires					

Identification du partenaire					
No	Identifiant (prénom, nom, surnom, pseudonyme) : _____				
Age et sexe	Type de partenaire	Contexte de la rencontre		Type relations sexuelles	Dernière relation sexuelle
Age : _____ ☐ Féminin ☐ Masculin ☐ Autre : _____	☐ Conjoint ☐ Régulier ☐ Occasionnel ☐ Aventure ☐ Anonyme	☐ Amis/famille ☐ École ☐ Travail ☐ Parc/camping ☐ Bar/club ☐ Party privé	☐ Club échangiste ☐ Sauna ☐ Prison ☐ App. mobile/télép. ☐ Internet ☐ Autre : _____	Protégée ☐ Orale ☐ Vaginale ☐ Anale	Non protégée ☐ ☐ ☐
Date : _____/_____/_____					
Type d'entente					
☐ Déjà avisé ☐ Orienté vers santé publique (inscrire n°dossier formulaire partenaire)					
☐ Sera avisé par le cas-index (à relancer après 1 semaine) ☐ Dossier à transférer : préciser dans commentaires					
Suivi de l'intervention auprès des partenaires					
Notification		Traitement		Dépistage	
Date du suivi : _____/_____/_____ ☐ Partenaire avisé, date : _____/_____/_____ ☐ Partenaire non avisé : demander raisons et préciser la nouvelle entente		☐ Traité, date : _____/_____/_____ ☐ Non traité ☐ Inconnu		☐ Dépisté, date : _____/_____/_____ Résultat : ☐ Positif ☐ Négatif ☐ Inconnu ☐ Non dépisté ☐ Inconnu	
Nouvelle entente					
☐ Cas index ☐ Santé publique (inscrire n°dossier formulaire partenaire) ☐ Autre : préciser					
Commentaires					

Identification du partenaire						
No	Identifiant (prénom, nom, surnom, pseudonyme) : _____					
Age et sexe	Type de partenaire	Contexte de la rencontre		Type relations sexuelles		Dernière relation sexuelle
Age : _____ ☐ Féminin ☐ Masculin ☐ Autre : _____	☐ Conjoint ☐ Régulier ☐ Occasionnel ☐ Aventure ☐ Anonyme	☐ Amis/famille ☐ École ☐ Travail ☐ Parc/camping ☐ Bar/club ☐ Party privé	☐ Club échangiste ☐ Sauna ☐ Prison ☐ App. mobile/télép. ☐ Internet ☐ Autre : _____	☐ Protégée ☐ Non protégée	☐ Orale ☐ Vaginale ☐ Anale	Date : _____/_____/_____
Type d'entente ☐ Déjà avisé ☐ Sera avisé par le cas-index (à relancer après 1 semaine) ☐ Orienté vers santé publique (inscrire n°dossier formulaire partenaire) ☐ Dossier à transférer : préciser dans commentaires						
Suivi de l'intervention auprès des partenaires						
Notification		Traitement		Dépistage		
Date du suivi: _____/_____/_____ ☐ Partenaire avisé, date : _____/_____/_____ ☐ Partenaire non avisé : demander raisons et préciser la nouvelle entente		☐ Traité, date : _____/_____/_____ ☐ Non traité ☐ Inconnu		☐ Dépisté, date : _____/_____/_____ Résultat : ☐ Positif ☐ Négatif ☐ Inconnu ☐ Non dépisté ☐ Inconnu		
Nouvelle entente						
☐ Cas index ☐ Santé publique (inscrire n°dossier formulaire partenaire) ☐ Autre : préciser						
Commentaires						

Identification du partenaire						
No	Identifiant (prénom, nom, surnom, pseudonyme) : _____					
Age et sexe	Type de partenaire	Contexte de la rencontre		Type relations sexuelles		Dernière relation sexuelle
Age : _____ ☐ Féminin ☐ Masculin ☐ Autre : _____	☐ Conjoint ☐ Régulier ☐ Occasionnel ☐ Aventure ☐ Anonyme	☐ Amis/famille ☐ École ☐ Travail ☐ Parc/camping ☐ Bar/club ☐ Party privé	☐ Club échangiste ☐ Sauna ☐ Prison ☐ App. mobile/télép. ☐ Internet ☐ Autre : _____	☐ Protégée ☐ Non protégée	☐ Orale ☐ Vaginale ☐ Anale	Date : _____/_____/_____
Type d'entente ☐ Déjà avisé ☐ Sera avisé par le cas-index (à relancer après 1 semaine) ☐ Orienté vers santé publique (inscrire n°dossier formulaire partenaire) ☐ Dossier à transférer : préciser dans commentaires						
Suivi de l'intervention auprès des partenaires						
Notification		Traitement		Dépistage		
Date du suivi: _____/_____/_____ ☐ Partenaire avisé, date : _____/_____/_____ ☐ Partenaire non avisé : demander raisons et préciser la nouvelle entente		☐ Traité, date : _____/_____/_____ ☐ Non traité ☐ Inconnu		☐ Dépisté, date : _____/_____/_____ Résultat : ☐ Positif ☐ Négatif ☐ Inconnu ☐ Non dépisté ☐ Inconnu		
Nouvelle entente						
☐ Cas index ☐ Santé publique (inscrire n°dossier formulaire partenaire) ☐ Autre : préciser						
Commentaires						

SECTION 5 – BILAN DE L'IPPAP

Nombre de partenaires devant être joints pour l'IPPAP : _____

En fonction de la période de contagiosité et de l'ITSS en cause

Nombre de partenaires joints	Nombre de partenaires évalués ou dépistés	Nombre de partenaires traités
par le cas index : avant l'intervention de la santé publique : _____ après l'intervention de la santé publique : _____	Selon les informations fournies par le cas index : _____	Selon les informations fournies par le cas index : _____
par le professionnel de santé publique : _____	Selon l'information recueillie par le professionnel de santé publique lorsqu'un suivi auprès des partenaires est nécessaire : _____	Selon l'information recueillie par le professionnel de santé publique lorsqu'un suivi auprès des partenaires est nécessaire : _____
Total : _____	Total : _____	Total : _____

Nombre de partenaires n'ayant pu être joints pour l'IPPAP : _____

Raisons pour lesquelles les partenaires n'ont pu être joints :

- ☐ Partenaires anonymes, préciser le nombre : _____
- ☐ Refus du cas-index, préciser pour combien de partenaires : _____
- ☐ Pas de coordonnées disponibles, préciser le nombre : _____
- ☐ Cas perdus pour le suivi, préciser le nombre : _____
- ☐ Autre, préciser le nombre et les raisons : _____

Date de fermeture du dossier : _____ / _____ / _____ (aaaa/mm/jj)

Signature : _____

AIDE-MÉMOIRE

Validation de la classification des cas déclarés d'infection à *Chlamydia trachomatis* et d'infection gonococcique¹

1. Infection à *Chlamydia Trachomatis*

Cas confirmé :

Présence d'une des quatre conditions suivantes :

- 1) isolement de *Chlamydia trachomatis* par culture cellulaire; **ou**
- 2) détection d'antigènes de *Chlamydia trachomatis* à l'aide d'une technique EIA ou DFA dans un prélèvement d'origine conjonctivale, pharyngée, urinaire, urétrale, endocervicale, vaginale ou rectale; **ou**
- 3) détection d'acides nucléiques de *Chlamydia trachomatis* dans un prélèvement d'origine conjonctivale pharyngée, urinaire, urétrale, endocervicale, vaginale ou rectale; **ou**
- 4) détection sérologique d'IgM spécifiques chez un nourrisson âgé de moins de 3 mois et présentant une pneumonie.

2. Infection gonococcique

INFECTION GONOCOCCIQUE GÉNITO-URINAIRE

Cas confirmé

Présence d'une des deux conditions suivantes :

- 1) isolement de *Neisseria gonorrhoeae* d'un spécimen clinique du tractus urogénital; **ou**
- 2) détection d'acides nucléiques de *Neisseria gonorrhoeae* dans un spécimen clinique du tractus urogénital.

INFECTION GONOCOCCIQUE DE L'ŒIL

Cas confirmé

Présence d'une des deux conditions suivantes :

- 1) isolement de *Neisseria gonorrhoeae* d'un prélèvement oculaire; **ou**
- 2) détection d'acides nucléiques de *Neisseria gonorrhoeae* dans un prélèvement oculaire.

INFECTION GONOCOCCIQUE AUTRE

Cas confirmé

Présence d'une des deux conditions suivantes :

- 1) isolement de *Neisseria gonorrhoeae* d'un spécimen clinique autre qu'oculaire ou urogénital; **ou**
- 2) détection d'acides nucléiques de *Neisseria gonorrhoeae* dans un spécimen clinique autre qu'oculaire ou urogénital.

1. Tiré de MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Surveillance des maladies à déclaration obligatoire au Québec : Maladies d'origine infectieuse – Définitions nosologiques*, 9^e édition, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2012, p. 58. La section « Infection à *Chlamydia trachomatis* » du chapitre 2, portant sur les maladies à déclaration obligatoire, comprend aussi des notes explicatives auxquelles il convient de se référer au besoin.

ABRÉVIATIONS UTILISÉES DANS LE QUESTIONNAIRE

AIP	Atteinte inflammatoire pelvienne
ASPC	Agence de la santé publique du Canada
BID	<i>Bis in die</i> (deux fois par jour)
C.-I.	Cas-index
CPS	Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
<i>C. trachomatis</i>	<i>Chlamydia trachomatis</i>
DFA	<i>Direct fluorescent assay</i> (immunofluorescence directe)
DPA	Date prévue d'accouchement
DRSP	Direction régionale de santé publique
EIA	<i>Enzyme immunoassay</i> (technique immunoenzymatique)
Ex.	Exemple
IgM	Immunoglobulines de type M
IM	Intramusculaire
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
Inf.	Infirmière ou infirmier
IPPAP	Intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une infection transmissible sexuellement et auprès de leurs partenaires
ITS	Infection transmissible sexuellement
ITSS	Infection transmissible sexuellement et par le sang
IV	Intraveineux, intraveineuse
IVG	Interruption volontaire de grossesse
LSPQ	Laboratoire de santé publique du Québec
MADO	Maladie à déclaration obligatoire
M.D.	<i>Medicinae doctor</i> (docteur ou docteure en médecine)
mg	milligramme
<i>N. gonorrhoeae</i>	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>
NGPP	<i>Neisseria gonorrhoeae</i> productrices de pénicillinase
Nº	Numéro
PCR	<i>Polymerase chain reaction</i> (réaction de polymérisation en chaîne)
PO	<i>Per os</i> (« par la bouche », voie orale)
TAAN	Test d'amplification d'acides nucléiques
Tél.	Téléphone
TID	<i>Ter in die</i> (trois fois par jour)
VHA	Virus de l'hépatite A
VHB	Virus de l'hépatite B
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VPH	Virus du papillome humain

LÉGENDE

- ^M Variable retenue aux fins de la vigie provinciale, pouvant être saisie dans le fichier MADO et utilisées dans les compilations provinciales.
- [§] Variable retenue aux fins de la vigie provinciale (visée par la proposition de modification réglementaire découlant de l'article 51.1 de la Loi sur la santé publique) mais ne pouvant être saisie dans le fichier MADO pour l'instant (demanderait d'apporter des modifications aux écrans saisie).
- [¥] Variable pouvant être saisie dans le fichier MADO mais non accessible ou non retenue aux fins de la vigie provinciale.

**Formulaire relatif à l'enquête épidémiologique effectuée à la suite d'une déclaration
d'infection transmissible sexuellement à déclaration obligatoire**
☐ Syphilis

SECTION 1 – DÉCLARATION ET GESTION
1.1 Numéros de dossier et date de l'épisode
^M Date de l'épisode : ____ / ____ / ____ (aaaa/mm/jj)

[¥] N° MADO régional : _____ ^M N° MADO dépersonnalisé : _____

1.2 * Origine de la déclaration

☐ M.D. déclarant, nom : _____	N° permis : _____	Tél. : (____) ____ - _____
☐ M.D. traitant (si différent), nom : _____	N° permis : _____	Tél. : (____) ____ - _____
☐ Infirmière déclarante, nom : _____	N° permis : _____	Tél. : (____) ____ - _____
☐ Laboratoire déclarant, nom : _____	Code : ____ ____ ____ ____ ____ ____	Tél. : (____) ____ - _____

1.3 Informations sur le cas-index
[¥] Prénom : _____ [¥] Nom : _____

^M Âge : _____ ^M Date de naissance : ____ / ____ / ____ ☐ Date inconnue
(aaaa/mm/jj)

^M Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin ☐ Transsexuelle homme-femme ☐ Transsexuel femme-homme
☐ Inconnu ☐ Autre, préciser : _____

^M Pays de naissance : ☐ Canada ☐ Autre, préciser : _____ ☐ Inconnu

Si pays autre, date d'arrivée au Canada : ____ / ____ / ____ (aaaa/mm/jj)

☐ Date d'arrivée inconnue

[§] Origine ethnoculturelle : **À quel groupe ethnique ou à quelle communauté culturelle vous identifiez-vous?**

- ☐ Canadienne
☐ Autochtone : ☐ Premières Nations ☐ Métisse ☐ Inuite
☐ États-unienne
☐ Caribéenne (ex. : haïtienne, jamaïcaine, cubaine, dominicaine)
☐ Latino-américaine (ex. : mexicaine, colombienne, chilienne, salvadorienne, brésilienne, argentine)
☐ Européenne (ex. : française, anglaise, irlandaise, écossaise, allemande, italienne, portugaise)
☐ Nord-africaine ou moyenne-orientale (ex. : algérienne, marocaine, tunisienne, somalienne, égyptienne, iranienne)
☐ Africaine sub-saharienne : sud, est, ouest et centre (ex. : sud-africaine, rwandaise, ougandaise, malienne)
☐ Asiatique de l'Est ou du Sud Est (ex. : chinoise, japonaise, philippine, vietnamienne, coréenne, laotienne)
☐ Asiatique du Sud (ex. : indienne, pakistanaise, tamoule, sri lankaise)
☐ Autre, préciser : _____
☐ Inconnue

^M Région sociosanitaire de résidence : _____

^M CSSS de résidence : _____

[¥] Adresse : _____

[¥] Code postal : | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ |

[¥] Numéros de téléphone, adresse courriel et pseudonyme (indiquer la préférence)

Maison : (____) ____ - _____ Travail : (____) ____ - _____

Cellulaire : (____) ____ - _____ Autre : (____) ____ - _____

Courriel : _____

Site de rencontre ou clavardoir : _____

Autres coordonnées pour joindre le cas-index :

Commentaire :

1.4 Gestion interne du dossier

Nom de l'enquêteur : _____ ☐ DRSP, préciser : _____
☐ CSSS, préciser : _____
☐ Autre établissement, préciser : _____

N° de dossier attribué par le CSSS ou l'établissement qui fait l'enquête : _____

Autre n° de dossier, préciser : _____

Date d'ouverture du dossier : _____ / _____ / _____ (aaaa/mm/jj)

Enquête effectuée auprès : ☐ du C.-I. ☐ du M.D. ☐ de l'inf. ☐ autre, préciser : _____

Enquête non effectuée auprès du cas-index : ☐ ITS autre que prioritaire ☐ Refus du cas-index

☐ Barrière de langue ☐ Cas perdu pour le suivi ☐ Autre, préciser : _____

Relance auprès du cas-index concernant l'intervention préventive auprès de ses partenaires

Prévue le : _____ / _____ / _____ (aaaa/mm/jj) Faite le : _____ / _____ / _____ (aaaa/mm/jj)

Notes pour le suivi du dossier

Intervention	Date	Commentaires	Initiales

SECTION 2 – DONNÉES CLINIQUES

Données obtenues : ☐ du C.-I. ☐ du M.D. ☐ de l'inf. ☐ autre, préciser : _____

2.1 Raison du test de détection

- ☐ Dépistage d'ITSS (bilan ITSS) ☐ § Symptômes et diagnostic
☐ Dépistage prénatal ☐ Autre, préciser : _____
☐ IPPAP : ☐ Contact d'un cas connu de syphilis ☐ Inconnue
☐ Contact d'un cas connu d'une autre ITSS

Commentaires : _____

2.2 Historique des symptômes

☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu

Si oui, cocher les § symptômes :

Date du début (aaaa/mm/jj)

☐ Ulcère ou chancre, sites : _____ / ____ / ____

Lésions cutanéomuqueuses typiques :

☐ Éruption maculo-papulaire ☐ palmo-plantaire ☐ autre, sites : _____ / ____ / ____

☐ Condylomes, sites : _____ / ____ / ____

☐ Autres, préciser : _____ sites : _____ / ____ / ____

☐ Adénopathies, sites : _____ / ____ / ____

☐ Symptômes systémiques (fièvre, malaise, céphalée, myalgie) _____ / ____ / ____

☐ Manifestations cliniques compatibles avec une neurosyphilis _____ / ____ / ____

☐ Autres, préciser : _____ / ____ / ____

Commentaires ou précisions sur les symptômes (ex. : *persistance des symptômes*) : _____

2.3 ^M Sites ou nature des prélèvements positifs (cocher **TOUS** ceux avec résultat positif)

☐ Sang ☐ Chancre ☐ Lésion cutanée ☐ Ganglion ☐ LCR ☐ Autre, préciser : _____

2.4 ^M Résultats de laboratoire

2.4a Résultats

Tests tréponémiques sérologie ou microscopie

^M **Date du prélèvement (aaaa/mm/jj)**

EIA ☐ Réactif ☐ Non réactif ☐ Inconnu _____ / ____ / ____

TP-PA ☐ Réactif ☐ Non réactif ☐ Inconnu _____ / ____ / ____

INNO-LIA ☐ Réactif ☐ Non réactif ☐ Inconnu _____ / ____ / ____

Microscopie positive ☐ fond noir ☐ DFA-TP _____ / ____ / ____

Tests non tréponémiques

^M **Date du prélèvement (aaaa/mm/jj)**

RPR ☐ Réactif, titre : _____ ☐ Non réactif ☐ Inconnu _____ / ____ / ____

TRUST ☐ Réactif, titre : _____ ☐ Non réactif ☐ Inconnu _____ / ____ / ____

Autre test

^M **Date du prélèvement (aaaa/mm/jj)**

Nom du test : _____ Résultat : _____ / ____ / ____

Analyses sur liquide céphalo-rachidien (LCR)

^M **Date du prélèvement (aaaa/mm/jj)**

☐ Protéïnorrhée élevée _____ / ____ / ____

☐ Pléocytose _____ / ____ / ____

VDRL ☐ Réactif, titre : _____ ☐ Non réactif ☐ Inconnu _____ / ____ / ____

Autre, préciser : _____ ☐ Réactif ☐ Non réactif ☐ Inconnu _____ / ____ / ____

2.4b Résultats antérieurs (lorsque requis pour valider le cas) ☐ Non requis ☐ Inconnus

Tests	Résultats	Date (aaaa/mm/jj)
VDRL	☐ Réactif, titre : _____ ☐ Non réactif ☐ Inconnu	_____ / _____ / _____
RPR	☐ Réactif, titre : _____ ☐ Non réactif ☐ Inconnu	_____ / _____ / _____
TRUST	☐ Réactif, titre : _____ ☐ Non réactif ☐ Inconnu	_____ / _____ / _____
EIA	☐ Réactif ☐ Non réactif ☐ Inconnu	_____ / _____ / _____
TP-PA	☐ Réactif ☐ Non réactif ☐ Inconnu	_____ / _____ / _____
INNO-LIA	☐ Réactif ☐ Non réactif ☐ Inconnu	_____ / _____ / _____
Autre, préciser : _____	☐ Réactif, titre : _____ ☐ Non réactif ☐ Inconnu	_____ / _____ / _____

Commentaires sur les tests de laboratoire : _____

2.4c Validation de la classification des cas déclarés de syphilis (voir l'aide-mémoire, à la fin du questionnaire)

Cas confirmé de syphilis : ☐ primaire ☐ secondaire ☐ latente précoce ☐ latente tardive ☐ neurosyphilis

☐ tertiaire autre que la neurosyphilis ☐ sans précision Commentaires sur la validation : _____

2.5 ITSS concomitante (cocher toutes les ITS diagnostiquées en même temps que l'ITS déclarée)

	Oui	Non	Inconnu
Infection à <i>Chlamydia trachomatis</i>	☐	☐	☐
Infection gonococcique	☐	☐	☐
Hépatite B	☐	☐	☐
Hépatite C	☐	☐	☐
Autre, préciser : _____	☐	☐	☐

2.6 § Traitement prescrit (Cocher TOUS les antibiotiques prescrits. Pour identifier ces antibiotiques, consulter le CPS. Pour vérifier la conformité avec les recommandations, se référer au [Guide sur le traitement pharmacologique de la syphilis de l'INESSS](#).)

Antibiotique	Date (aaaa/mm/jj)	Dosage
☐ Pénicilline G benzathine IM	Unidose : _____ / _____ / _____	2,4 millions d'unités × 1
☐ Pénicilline G benzathine IM	Début : _____ / _____ / _____ Fin : _____ / _____ / _____	2,4 millions d'unités × 3
☐ Doxycycline (Vibramycine, PO) (solution de rechange en cas d'allergie à la pénicilline)	Début : _____ / _____ / _____ Fin : _____ / _____ / _____	100 BID × 14 jours
☐ Autre, préciser : _____	Début : _____ / _____ / _____ Fin : _____ / _____ / _____	Préciser :
☐ Inconnu		

Commentaires (allergie, contexte particulier – surtout si le traitement administré n'est pas le traitement privilégié dans le [Guide sur le traitement pharmacologique des ITSS de l'INESSS](#)) :

2.7 Visite de suivi (contrôle) (se référer au [Guide sur le traitement pharmacologique de la syphilis de l'INESSS](#) et aux [Lignes directrices canadiennes sur les ITS de l'ASPC](#)) :

☐ Faite, date du dernier prélèvement : _____ / _____ / _____ (aaaa/mm/jj) et titre : _____

☐ Prévus le : _____ / _____ / _____ (aaaa/mm/jj) ☐ Non prévu ☐ Inconnu

Commentaires : _____

Section remplie par : _____

Date : _____ / _____ / _____ (aaaa/mm/jj)

SECTION 3 – FACTEURS DE RISQUE OU DE VULNÉRABILITÉ

Données obtenues : ☐ du C.-I. ☐ du M.D. ☐ de l'inf. ☐ autre, préciser : _____

3.1 Antécédents d'ITSS

Avant cette infection, avez-vous déjà reçu un ou des diagnostics d'ITSS? (cocher les ITSS nommées)

		Année	Commentaire
Infection à <i>C. trachomatis</i>	☐	_____	_____
Infection gonococcique	☐	_____	_____
Syphilis	☐	_____	_____
Hépatite B	☐	_____	_____
Hépatite C	☐	_____	_____
Autre, préciser : _____	☐	_____	_____

3.2 Grossesse et complications du système reproducteur (à remplir seulement si le cas-index est une femme en âge de procréer)

§ Êtes-vous présentement enceinte? ☐ Oui, préciser la DPA : _____ / _____ / _____ (aaaa/mm/jj) ☐ Non ☐ Inconnu

- Avez-vous déjà eu une interruption volontaire de grossesse ou un avortement?

☐ Oui, date d'IVG la plus récente : _____ / _____ / _____ (aaaa/mm/jj) ☐ Non ☐ Inconnu

- Avez-vous déjà eu des complications du système reproducteur?

☐ Oui, préciser (AIP, grossesse ectopique, infertilité, etc.) : _____ ☐ Non ☐ Inconnu

3.3 Partenaires dans les 12 derniers mois

Au cours des 12 derniers mois :

- § avec combien de personnes avez-vous eu des relations sexuelles (orales, vaginales, anales)?

Nombre : _____ ou ☐ De 1 à 3 ☐ De 4 à 10 ☐ Plus de 10

- § avez-vous eu des relations sexuelles avec des hommes, avec des femmes ou avec les deux?

- ☐ Seulement avec des hommes ☐ Seulement avec des femmes ☐ Avec des hommes et des femmes ☐ Inconnu

◦ § Partenaires féminines : certaines sont-elles présentement enceintes? ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu

- avez-vous rencontré de nouveaux partenaires sexuels?

☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu

Si oui, précisez comment vous avez rencontré ces partenaires? (cocher toutes les réponses positives données par le cas-index)

- | | | |
|---------------------------------------|--|--|
| ☐ Amis/famille | ☐ Party privé | ☐ Application mobile/téléphonie (Grindr, Hotline, etc.) |
| ☐ École | ☐ Club échangiste | ☐ Internet (sites de rencontre) |
| ☐ Travail | ☐ Sauna | ☐ Internet (réseaux sociaux) |
| ☐ Parc/camping | ☐ Prison | ☐ Internet (sans précision) |
| ☐ Bar/club | ☐ Autres _____ | |

Commentaires : _____

avez-vous des partenaires anonymes? ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu

- § avez-vous eu des relations sexuelles avec quelqu'un qui réside habituellement à l'extérieur du Québec?

☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu

Si oui, étiez-vous en voyage à l'extérieur du Québec? ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu

◦ Si oui, quels pays avez-vous visités? _____

◦ Si oui, quel est le pays de résidence habituelle des partenaires? _____

◦ Sinon, est-ce que les partenaires étaient en visite au Québec?

☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu Pays de résidence habituelle de ces partenaires : _____

Toujours au cours des 12 derniers mois :

- | | | | | |
|---|--------------------------|---------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • est-ce que l'un de vos partenaires vous a dit qu'il avait : | Oui | Quand a-t-il été infecté? | Non | Inconnu |
| une infection à <i>C. trachomatis</i> | ☐ | _____ | ☐ | ☐ |
| une infection gonococcique | ☐ | _____ | ☐ | ☐ |
| la syphilis | ☐ | _____ | ☐ | ☐ |
| une hépatite B | ☐ | _____ | ☐ | ☐ |
| une hépatite C | ☐ | _____ | ☐ | ☐ |
| une autre infection, préciser : _____ | ☐ | _____ | ☐ | ☐ |
-
- | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • est-ce que vous avez eu des relations sexuelles avec : | Oui | Non | Inconnu |
| un homme qui a des relations sexuelles avec d'autres hommes?
(seulement pour les femmes qui ont des partenaires masculins) | ☐ | ☐ | ☐ |
| une personne qui utilise des drogues par injection? | ☐ | ☐ | ☐ |
| une personne qui a d'autres partenaires? | ☐ | ☐ | ☐ |
| une personne qui reçoit ou donne de l'argent, des drogues
ou des cadeaux en échange de relations sexuelles? | ☐ | ☐ | ☐ |
| une personne qui a des relations sexuelles à l'extérieur du Québec? | ☐ | ☐ | ☐ |

3.4 Autres comportements à risque dans les 12 derniers mois

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous :

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • utilisé le condom pendant vos relations sexuelles : | Toujours | À l'occasion | Jamais | Inconnu | Ne s'applique pas |
| orales | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| vaginales | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| anales | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
-
- | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Oui | Non | Inconnu |
| • § reçu de l'argent, des drogues, des cadeaux
ou d'autres faveurs en échange de relations sexuelles? | ☐ | ☐ | ☐ |
| • donné de l'argent, des drogues, des cadeaux
ou d'autres faveurs en échange de relations sexuelles? | ☐ | ☐ | ☐ |
| • eu des relations sexuelles sous l'effet de drogues ou d'alcool? | ☐ | ☐ | ☐ |
| • consommé des drogues illicites (ex. : <i>ecstasy</i> , <i>hash/pot</i> , <i>cocaïne</i>)? | ☐ | ☐ | ☐ |
-
- | | |
|--|--|
| ◦ Si oui, quelles drogues? | |
| ☐ Hash/pot ☐ Ecstasy ☐ Speed ☐ Cocaïne/crack | |
| ☐ Héroïne ☐ Poppers ☐ Crystallmeth ☐ Autre, préciser : _____ | |
-
- | | |
|--|--|
| ◦ § Si oui, les avez-vous consommées : | |
| par injection? ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu | |
| par inhalation (paille, pipe en verre)? ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu | |
| Si oui, avez-vous partagé avec une autre personne le matériel de préparation, d'injection ou d'inhalation? | |
| ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu | |

Commentaires : _____

Section remplie par : _____

Date : _____ / _____ / _____ (aaaa/mm/jj)

3.5 Hémovigilance et histovigilance

3.5.1 Si aucun facteur de risque n'est décelé, au cours de l'enquête épidémiologique, pour les cas de syphilis primaire, secondaire ou latente précoce déclarés chez des femmes

Historique d'insémination artificielle (sperme) dans les 6 mois précédant le début d'infection² : ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu

A. Si oui, précisez les éléments suivants :

	Date de l'insémination	Établissement de santé (centre hospitalier ou clinique)	Coordonnées du médecin ou de l'organisme responsable du don
1	____ / ____ / ____ (aaaa/mm/jj)		
2	____ / ____ / ____ (aaaa/mm/jj)		
3	____ / ____ / ____ (aaaa/mm/jj)		

B. **Confirmer ou compléter les informations** auprès des centres hospitaliers ou des cliniques concernés par l'insémination artificielle :

1. Intervenant joint : _____

Date : ____ / ____ / ____ (aaaa/mm/jj) Établissement : _____

2. Intervenant joint : _____

Date : ____ / ____ / ____ (aaaa/mm/jj) Établissement : _____

3. Intervenant joint : _____

Date : ____ / ____ / ____ (aaaa/mm/jj) Établissement : _____

C. **Aviser** le médecin ou l'organisme responsable du programme de don (d'insémination) pour qu'ils puissent retracer le ou les donneurs et ouvrir une enquête visant à retracer les autres receveurs, le cas échéant.

Responsable joint : _____ Date : ____ / ____ / ____ (aaaa/mm/ jj) Initiales _____

Responsable joint : _____ Date : ____ / ____ / ____ (aaaa/mm/ jj) Initiales _____

3.5.2 Pour les cas de syphilis secondaire ou latente précoce (< 1 an)

Dans les 6 mois précédant le début de la maladie³, la personne infectée a-t-elle reçu une transplantation d'organe?

☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu

A. Si oui, préciser les éléments suivants :

Date de la transplantation	Type de don	Centre hospitalier	Coordonnées du médecin ou de l'organisme responsable du programme de don
Date : ____ / ____ / ____ (aaaa/mm/ jj)			

B. **Confirmer ou compléter** les données nécessaires auprès du centre hospitalier concerné par la transplantation.

Intervenant joint : _____ Date ____ / ____ / ____ (aaaa/mm/jj)

C. **Aviser** le médecin ou l'organisme responsable du programme de don pour qu'ils puissent retracer le ou les donneurs et ouvrir une enquête visant à retracer les autres receveurs, le cas échéant. Pour joindre Québec Transplant : 514 286-1414, puis composer 0 pour demander le coordonnateur de garde.

☐ Médecin responsable ☐ Québec Transplant ☐ Autre : _____

Nom du responsable joint : _____ Date : ____ / ____ / ____ (aaaa/mm/ jj)

2. Si le début de l'infection est difficile à déterminer, demander au cours de la dernière année.

3. Si la date du début de l'infection est difficile à déterminer, étendre à douze mois la période visée par la question.

3.5.3 Pour les cas de syphilis secondaire ou latente précoce seulement, si aucun facteur de risque n'est décelé au cours de l'enquête épidémiologique

Dans les 6 mois précédant le début de la maladie⁴, vérifier si le cas-index a reçu une ou des transfusions de sang ou d'autres produits sanguins (sang total, concentré de globules rouges, plaquettes, plasma congelé, plasma frais congelé, cryoprécipités, granulocytes, facteurs de coagulation et immunoglobulines IV) : ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu

A. Si oui, précisez les éléments suivants :

1. Date : _____ / _____ / _____ (aaaa/mm/jj) Centre hospitalier : _____
2. Date : _____ / _____ / _____ (aaaa/mm/jj) Centre hospitalier : _____
3. Date : _____ / _____ / _____ (aaaa/mm/jj) Centre hospitalier : _____
4. Date : _____ / _____ / _____ (aaaa/mm/jj) Centre hospitalier : _____

B. Obtenir les données nécessaires auprès du chargé de sécurité transfusionnelle du centre hospitalier concerné par les transfusions :

Formulaire B⁵ – partie 2

1. Chargé joint : _____ date : _____ / _____ / _____ (aaaa/mm/jj)
2. Chargé joint : _____ date : _____ / _____ / _____ (aaaa/mm/jj)
3. Chargé joint : _____ date : _____ / _____ / _____ (aaaa/mm/jj)
4. Chargé joint : _____ date : _____ / _____ / _____ (aaaa/mm/jj)

C. Remplir le formulaire B – partie 2.

D. Aviser Héma-Québec (Formulaire B, parties 1 et 2) par télécopieur : 514 864-9983 (du lundi au vendredi, entre 8 h 30 et 16 h 30) ou 514 904-2522 (le soir et la fin de semaine), ou le Directeur national de santé publique si le fournisseur n'est pas Héma-Québec (SCS ou autre) :

Intervenant joint : _____ Date : _____ / _____ / _____ (aaaa/mm/jj)

E. Joindre le formulaire B rempli.

SECTION 4 – INTERVENTION PRÉVENTIVE AUPRÈS DU CAS-INDEX

4.1 Créer des conditions favorables au succès du traitement de l'infection

- ☐ Faire s'exprimer le cas-index à propos de ses connaissances et perceptions sur l'infection et les complications qui peuvent en découler, et lui fournir l'information complémentaire au besoin.
- ☐ Évaluer la possibilité d'une persistance de l'infection ou d'une réinfection advenant :
 - ☐ l'apparition ou la persistance de symptômes (envisager la possibilité d'une cause autre qu'une infection);
 - ☐ une exposition récente à un partenaire non traité (dans les sept jours d'un traitement unidose OU avant la fin d'un traitement de sept jours et plus OU avant la disparition des symptômes) ou à un nouveau partenaire;
 - ☐ une infection causée par une souche résistante aux antibiotiques prescrits ou par d'autres agents pathogènes;
 - ☐ une mauvaise observance du traitement;
 - ☐ un traitement non conforme aux recommandations des [Guides sur le traitement pharmacologique des ITSS de l'INESSS](#) ou des [Lignes directrices canadiennes sur les ITS de l'ASPC](#);
Demander une évaluation clinique de contrôle, selon les recommandations des [Guides sur le traitement pharmacologique des ITSS de l'INESSS](#) ou des [Lignes directrices canadiennes sur les ITS de l'ASPC](#)? ☐ Oui ☐ Non

4. Si la date du début de l'infection est difficile à déterminer, étendre à douze mois la période visée par la question.

5. Se référer aux formulaires produits par le Secrétariat du système du sang.

- ☐ Favoriser l'administration d'un traitement efficace par :
- ☐ la promotion de l'observance du traitement prescrit;
 - ☐ la promotion, au besoin, du programme de gratuité des médicaments contre les ITS.

4.2 Consolider le counseling préventif effectué en première ligne

- ☐ Faire s'exprimer le cas-index à propos de ses connaissances et perceptions sur le dépistage des ITSS et lui fournir l'information complémentaire au besoin.
- ☐ Évaluer s'il est indiqué de procéder au dépistage du VIH et des autres ITSS (co-infection, dépistage périodique).
- ☐ Promouvoir les comportements sécuritaires et soutenir l'adoption de ces comportements :
- ☐ en discutant avec le cas index des risques liés à ses comportements sexuels ou à ses habitudes de vie;
 - ☐ en l'aidant à identifier des comportements plus sécuritaires que les siens;
 - ☐ en décelant les obstacles à la prévention et en soutenant la recherche de solutions.
- ☐ Vérifier les besoins du cas-index, lui fournir de l'information sur les ressources pouvant répondre aux besoins qu'il a exprimés et l'orienter vers les ressources appropriées.
- ☐ Promouvoir l'immunisation contre l'hépatite A, l'hépatite B et les infections par le VPH, selon les indications du [Protocole d'immunisation du Québec](#).

Le cas-index fait-il partie de l'un ou l'autre des groupes ciblés pour la vaccination? VHA ☐ Oui ☐ Non ☐ Données insuffisantes

VHB ☒ Oui

VPH ☐ Oui ☐ Non ☐ Données insuffisantes

Vaccination antérieure du cas-index

	Oui	Non	Inconnu	Si oui, type de vaccin	Nombre de doses	Dernière dose (aaaa/mm/jj)
VHA	☐	☐	☐	_____	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	____ / ____ / ____
VHB	☐	☐	☐	_____	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	____ / ____ / ____
VPH	☐	☐	☐	_____	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	____ / ____ / ____

Vaccins recommandés	Vaccins administrés	Référence
VHA ☐ Oui ☐ Non ☐ Données insuffisantes	Nom du vaccin : _____ Nombre de doses : ____ Dates (aaaa/mm/jj) : ____ / ____ / ____	Préciser :
VHB ☐ Oui ☐ Non ☐ Données insuffisantes	Nom du vaccin : _____ Nombre de doses : ____ Dates (aaaa/mm/jj) : ____ / ____ / ____	Préciser :
VPH ☐ Oui ☐ Non ☐ Données insuffisantes	Nom du vaccin : _____ Nombre de doses : ____ Dates (aaaa/mm/jj) : ____ / ____ / ____	Préciser :

Commentaires : _____

Section remplie par : _____ Date : ____ / ____ / ____ (aaaa/mm/jj)

4.3 Soutenir la personne atteinte pour l'intervention préventive auprès de ses partenaires

- ☐ Sensibiliser le cas-index aux avantages qu'il peut tirer de l'intervention, notamment celui :
- ☐ de faire diminuer son risque de réinfection;
 - ☐ d'être vu comme une personne responsable.
- ☐ Sensibiliser le cas-index à la responsabilité et à la solidarité sociale en évoquant, entre autres :
- ☐ le droit des personnes exposées d'avoir accès aux mesures préventives appropriées;
 - ☐ les moyens de freiner la propagation de l'infection dans la communauté.
- ☐ Présenter au cas-index les différents services pouvant l'appuyer dans sa démarche et les mesures prises pour préserver la confidentialité des renseignements recueillis.

- ☐ Offre de soutien acceptée : ☐ remplir les sections 4.3.1, 4.3.2 et 5 ou ☐ diriger vers un service de soutien
- ☐ Offre de soutien refusée : ☐ raison du refus : _____
- ☐ envoi de documentation : _____
- ☐ relance, date prévue : _____ / _____ / _____ (aaaa/mm/jj) ☐ pas de relance

4.3.1 Déterminer la période visée pour l'intervention : partenaires à joindre

Stade	Partenaires à joindre
Syphilis primaire	Les partenaires qui ont eu un contact sexuel avec la personne infectée : • jusqu'à 3 mois avant le début des symptômes; • jusqu'à 4 mois et une semaine avant le diagnostic si la date du début des symptômes est inconnue ou incertaine; • pendant qu'elle avait des symptômes; • avant la fin du traitement ou moins de 7 jours après un traitement unidose.
Syphilis secondaire	Les partenaires qui ont eu un contact sexuel avec la personne infectée : • jusqu'à 6 mois avant le début des symptômes; • jusqu'à 8 mois avant le diagnostic si la date du début des symptômes est inconnue ou incertaine; • pendant qu'elle avait des symptômes; • avant la fin du traitement ou moins de 7 jours après un traitement unidose.
Syphilis latente précoce	Les partenaires qui ont eu un contact sexuel avec la personne infectée jusqu'à 1 an avant le moment du diagnostic
Syphilis congénitale	La mère d'un nouveau-né infecté et les partenaires sexuels de celle-ci.
Syphilis latente tardive	Les partenaires actuels ou passés qui ont eu une relation de longue durée avec la personne infectée devraient être dirigés vers les services appropriés pour un examen clinique et sérologique.
Syphilis latente tardive à un titrage $\geq 1:32$	Si le titre du test non tréponémique est élevé (1:32 ou plus), il est plus prudent de faire comme s'il s'agissait d'une syphilis latente précoce et de viser tous les partenaires de la dernière année.

Note : Si tous les partenaires retracés ont des résultats négatifs, les partenaires rencontrés avant la période visée pour l'intervention pourraient être avisés.

Informations permettant de déterminer la période visée (voir les sections indiquées)

- Date du début des symptômes (section 2.2) : _____ / _____ / _____ (aaaa/mm/jj) ☐ N'a pas eu de symptômes
- Persistance des symptômes (section 2.2) : ☐ Oui ☐ Non ☐ N'a pas eu de symptômes
- Date du prélèvement (section 2.4) : _____ / _____ / _____ (aaaa/mm/jj)
- Date de la fin du traitement (section 2.6) : _____ / _____ / _____ (aaaa/mm/jj)
(dans le cas du traitement unidose, compter 7 jours après la date de l'administration du traitement)
- Date de la dernière visite de suivi, si pertinent (section 2.7) : _____ / _____ / _____ (aaaa/mm/jj)

PÉRIODE VISÉE

Du _____ / _____ / _____ (aaaa/mm/jj) au _____ / _____ / _____ (aaaa/mm/jj)

Nombre de partenaires sexuels à joindre (relations orales, vaginales ou anales) : _____

Commentaires : _____

Section remplie par : _____

Date : _____ / _____ / _____ (aaaa/mm/jj)

4.3.2 Identifier les partenaires à joindre, soit ceux de la période visée, allant du ____/____/____ (aaaa/mm/jj) au ____/____/____ (aaaa/mm/jj) (indiquer toutes les dates en aaaa/mm/jj)

Identification du partenaire						
Identifiant (prénom, nom, surnom, pseudonyme) : _____						
No	Age et sexe	Type de partenaire	Type relations sexuelles		Dernière relation sexuelle	Contexte de la rencontre
	Age : ____ ☐ Féminin ☐ Masculin ☐ Autre : _____	☐ Conjoint ☐ Régulier ☐ Occasionnel ☐ Aventure ☐ Anonyme	☐ Orale ☐ Vaginale ☐ Anale	☐ Protégée ☐ ☐	☐ Non protégée ☐ ☐	Date : ____/____/____ ☐ Amis/famille ☐ École ☐ Travail ☐ Parc/camping ☐ Bar/club ☐ Party privé ☐ Club échangiste ☐ Sauna ☐ Prison ☐ App. mobile/télep. ☐ Internet ☐ Autre : _____
Type d'entente						
☐ Déjà avisé ☐ Sera avisé par le cas-index (à relancer après 1 semaine)						
☐ Orienté vers santé publique (inscrire n°dossier formulaire partenaire) ☐ Dossier à transférer : préciser dans commentaires						
Suivi de l'intervention auprès des partenaires						
Notification		Traitement		Dépistage		
Date du suivi : ____/____/____ ☐ Partenaire avisé, date : ____/____/____ ☐ Partenaire non avisé : demander raisons et préciser la nouvelle entente		☐ Traité, date : ____/____/____ ☐ Non traité ☐ Inconnu		☐ Dépisté, date : ____/____/____ Résultat : ☐ Positif ☐ Négatif ☐ Inconnu ☐ Non dépisté ☐ Inconnu		
Nouvelle entente						
☐ Cas index ☐ Santé publique (inscrire n°dossier formulaire partenaire) ☐ Autre : préciser						
Commentaires :						

Identification du partenaire						
Identifiant (prénom, nom, surnom, pseudonyme) : _____						
No	Age et sexe	Type de partenaire	Type relations sexuelles		Dernière relation sexuelle	Contexte de la rencontre
	Age : ____ ☐ Féminin ☐ Masculin ☐ Autre : _____	☐ Conjoint ☐ Régulier ☐ Occasionnel ☐ Aventure ☐ Anonyme	☐ Orale ☐ Vaginale ☐ Anale	☐ Protégée ☐ ☐	☐ Non protégée ☐ ☐	Date : ____/____/____ ☐ Amis/famille ☐ École ☐ Travail ☐ Parc/camping ☐ Bar/club ☐ Party privé ☐ Club échangiste ☐ Sauna ☐ Prison ☐ App. mobile/télep. ☐ Internet ☐ Autre : _____
Type d'entente						
☐ Déjà avisé ☐ Sera avisé par le cas-index (à relancer après 1 semaine)						
☐ Orienté vers santé publique (inscrire n°dossier formulaire partenaire) ☐ Dossier à transférer : préciser dans commentaires						
Suivi de l'intervention auprès des partenaires						
Notification		Traitement		Dépistage		
Date du suivi : ____/____/____ ☐ Partenaire avisé, date : ____/____/____ ☐ Partenaire non avisé : demander raisons et préciser la nouvelle entente		☐ Traité, date : ____/____/____ ☐ Non traité ☐ Inconnu		☐ Dépisté, date : ____/____/____ Résultat : ☐ Positif ☐ Négatif ☐ Inconnu ☐ Non dépisté ☐ Inconnu		
Nouvelle entente						
☐ Cas index ☐ Santé publique (inscrire n°dossier formulaire partenaire) ☐ Autre : préciser						
Commentaires :						

Identification du partenaire					
Identifiant (prénom, nom, surnom, pseudonyme) : _____					
No	Age et sexe	Type de partenaire	Type relations sexuelles	Dernière relation sexuelle	Contexte de la rencontre
	Age : _____ ☐ Féminin ☐ Masculin ☐ Autre : _____	☐ Conjoint ☐ Régulier ☐ Occasionnel ☐ Aventure ☐ Anonyme	☐ Orale ☐ Vaginale ☐ Anale Protégée ☐ ☐ ☐ Non protégée ☐ ☐ ☐	Date : _____/_____/_____	☐ Amis/famille ☐ École ☐ Travail ☐ Parc/camping ☐ Bar/club ☐ Party privé ☐ Club échangiste ☐ Sauna ☐ Prison ☐ App. mobile/télep. ☐ Internet ☐ Autre : _____
Type d'entente					
☐ Déjà avisé ☐ Sera avisé par le cas-index (à relancer après 1 semaine) ☐ Orienté vers santé publique (inscrire n°dossier formulaire partenaire) ☐ Dossier à transférer : préciser dans commentaires					
Suivi de l'intervention auprès des partenaires					
Notification		Traitement		Dépistage	
Date du suivi : _____/_____/_____ ☐ Partenaire avisé, date : _____/_____/_____ ☐ Partenaire non avisé : demander raisons et préciser la nouvelle entente		☐ Traité, date : _____/_____/_____ ☐ Non traité ☐ Inconnu		☐ Dépisté, date : _____/_____/_____ Résultat : ☐ Positif ☐ Négatif ☐ Inconnu ☐ Non dépisté ☐ Inconnu	
Nouvelle entente					
☐ Cas index ☐ Santé publique (inscrire n°dossier formulaire partenaire) ☐ Autre : préciser					
Commentaires :					

Identification du partenaire					
Identifiant (prénom, nom, surnom, pseudonyme) : _____					
No	Age et sexe	Type de partenaire	Type relations sexuelles	Dernière relation sexuelle	Contexte de la rencontre
	Age : _____ ☐ Féminin ☐ Masculin ☐ Autre : _____	☐ Conjoint ☐ Régulier ☐ Occasionnel ☐ Aventure ☐ Anonyme	☐ Orale ☐ Vaginale ☐ Anale Protégée ☐ ☐ ☐ Non protégée ☐ ☐ ☐	Date : _____/_____/_____	☐ Amis/famille ☐ École ☐ Travail ☐ Parc/camping ☐ Bar/club ☐ Party privé ☐ Club échangiste ☐ Sauna ☐ Prison ☐ App. mobile/télep. ☐ Internet ☐ Autre : _____
Type d'entente					
☐ Déjà avisé ☐ Sera avisé par le cas-index (à relancer après 1 semaine) ☐ Orienté vers santé publique (inscrire n°dossier formulaire partenaire) ☐ Dossier à transférer : préciser dans commentaires					
Suivi de l'intervention auprès des partenaires					
Notification		Traitement		Dépistage	
Date du suivi : _____/_____/_____ ☐ Partenaire avisé, date : _____/_____/_____ ☐ Partenaire non avisé : demander raisons et préciser la nouvelle entente		☐ Traité, date : _____/_____/_____ ☐ Non traité ☐ Inconnu		☐ Dépisté, date : _____/_____/_____ Résultat : ☐ Positif ☐ Négatif ☐ Inconnu ☐ Non dépisté ☐ Inconnu	
Nouvelle entente					
☐ Cas index ☐ Santé publique (inscrire n°dossier formulaire partenaire) ☐ Autre : préciser					
Commentaires :					

Identification du partenaire					
Identifiant (prénom, nom, surnom, pseudonyme) : _____					
No	Age et sexe	Type de partenaire	Type relations sexuelles	Dernière relation sexuelle	Contexte de la rencontre
	Age : _____ ☐ Féminin ☐ Masculin ☐ Autre : _____	☐ Conjoint ☐ Régulier ☐ Occasionnel ☐ Aventure ☐ Anonyme	☐ Orale ☐ Vaginale ☐ Anale Protégée Non protégée ☐ ☐ ☐	Date : _____/_____/_____	☐ Amis/famille ☐ École ☐ Travail ☐ Parc/camping ☐ Bar/club ☐ Party privé ☐ Club échangiste ☐ Sauna ☐ Prison ☐ App. mobile/télép. ☐ Internet ☐ Autre : _____
Type d'entente					
☐ Déjà avisé ☐ Sera avisé par le cas-index (à relancer après 1 semaine) ☐ Orienté vers santé publique (inscrire n°dossier formulaire partenaire) ☐ Dossier à transférer : préciser dans commentaires					
Suivi de l'intervention auprès des partenaires					
Notification		Traitement		Dépistage	
Date du suivi : _____/_____/_____ ☐ Partenaire avisé, date : _____/_____/_____ ☐ Partenaire non avisé : demander raisons et préciser la nouvelle entente		☐ Traité, date : _____/_____/_____ ☐ Non traité ☐ Inconnu		☐ Dépisté, date : _____/_____/_____ Résultat : ☐ Positif ☐ Négatif ☐ Inconnu ☐ Non dépisté ☐ Inconnu	
Nouvelle entente					
☐ Cas index ☐ Santé publique (inscrire n°dossier formulaire partenaire) ☐ Autre : préciser					
Commentaires :					

Identification du partenaire					
Identifiant (prénom, nom, surnom, pseudonyme) : _____					
No	Age et sexe	Type de partenaire	Type relations sexuelles	Dernière relation sexuelle	Contexte de la rencontre
	Age : _____ ☐ Féminin ☐ Masculin ☐ Autre : _____	☐ Conjoint ☐ Régulier ☐ Occasionnel ☐ Aventure ☐ Anonyme	☐ Orale ☐ Vaginale ☐ Anale Protégée Non protégée ☐ ☐ ☐	Date : _____/_____/_____	☐ Amis/famille ☐ École ☐ Travail ☐ Parc/camping ☐ Bar/club ☐ Party privé ☐ Club échangiste ☐ Sauna ☐ Prison ☐ App. mobile/télép. ☐ Internet ☐ Autre : _____
Type d'entente					
☐ Déjà avisé ☐ Sera avisé par le cas-index (à relancer après 1 semaine) ☐ Orienté vers santé publique (inscrire n°dossier formulaire partenaire) ☐ Dossier à transférer : préciser dans commentaires					
Suivi de l'intervention auprès des partenaires					
Notification		Traitement		Dépistage	
Date du suivi : _____/_____/_____ ☐ Partenaire avisé, date : _____/_____/_____ ☐ Partenaire non avisé : demander raisons et préciser la nouvelle entente		☐ Traité, date : _____/_____/_____ ☐ Non traité ☐ Inconnu		☐ Dépisté, date : _____/_____/_____ Résultat : ☐ Positif ☐ Négatif ☐ Inconnu ☐ Non dépisté ☐ Inconnu	
Nouvelle entente					
☐ Cas index ☐ Santé publique (inscrire n°dossier formulaire partenaire) ☐ Autre : préciser					
Commentaires :					

SECTION 5 – BILAN DE L'IPPAP

Nombre de partenaires devant être joints pour l'IPPAP : _____

En fonction de la période de contagiosité et de l'ITSS en cause

Nombre de partenaires joints	Nombre de partenaires évalués ou dépistés	Nombre de partenaires traités
par le cas index : avant l'intervention de la santé publique : _____ après l'intervention de la santé publique : _____	Selon les informations fournies par le cas index : _____	Selon les informations fournies par le cas index : _____
par le professionnel de santé publique : _____	Selon l'information recueillie par le professionnel de santé publique lorsqu'un suivi auprès des partenaires est nécessaire : _____	Selon l'information recueillie par le professionnel de santé publique lorsqu'un suivi auprès des partenaires est nécessaire : _____
Total : _____	Total : _____	Total : _____

Nombre de partenaires n'ayant pu être joints pour l'IPPAP : _____

Raisons pour lesquelles les partenaires n'ont pu être joints :

- ☐ Partenaires anonymes, préciser le nombre : _____
- ☐ Refus du cas-index, préciser pour combien de partenaires : _____
- ☐ Pas de coordonnées disponibles, préciser le nombre : _____
- ☐ Cas perdus pour le suivi, préciser le nombre : _____
- ☐ Autre, préciser le nombre et les raisons : _____

Date de fermeture du dossier : _____ / _____ / _____ (aaaa/mm/jj)

Signature : _____

AIDE-MÉMOIRE

Validation de la classification des cas déclarés de syphilis, excluant la syphilis congénitale⁶

Syphilis infectieuse	Critères
☐ Primaire	Observation de <i>Treponema pallidum</i> dans un prélèvement provenant d'un chancre ou d'un ganglion lymphatique régional par un examen microscopique sur fond noir ou à l'aide d'anticorps fluorescents (DFA-TP). OU Détection d'acides nucléiques de <i>Treponema pallidum</i> dans un prélèvement provenant d'un chancre. OU Présence d'au moins un chancre compatible avec une syphilis primaire et détection sérologique d'une infection à <i>Treponema pallidum</i> par deux tests reconnus, dont au moins un test tréponémique, chez une personne sans antécédent de syphilis. OU Présence d'au moins un chancre compatible avec une syphilis primaire et augmentation d'au moins quatre fois du titre du dernier test non tréponémique (VDRL, RPR, TRUST ou autres) par rapport au test non tréponémique précédent chez une personne ayant déjà été traitée pour la syphilis.
☐ Secondaire	Observation de <i>Treponema pallidum</i> dans un prélèvement provenant de lésions cutané-muqueuses ou d'un condylome plat par un examen microscopique sur fond noir ou à l'aide d'anticorps fluorescents (DFA-TP). OU Présence DES DEUX conditions suivantes : 1) lésions cutané-muqueuses typiques (éruption cutanée, alopecie, chute des cils et du tiers latéral des sourcils), uvéite, adénopathies généralisées, fièvre, malaises ou splénomégalie; ET 2) détection sérologique d'une infection à <i>Treponema pallidum</i> par deux tests reconnus, dont au moins un test tréponémique, ou augmentation d'au moins quatre fois du titre du dernier test non tréponémique par rapport au précédent test non tréponémique.
☐ Latente précoce	Présence DES TROIS conditions suivantes : 1) absence de manifestations cliniques de syphilis; ET 2) détection sérologique d'une infection à <i>Treponema pallidum</i> par deux tests reconnus, dont au moins un test tréponémique; ET 3) une des quatre situations suivantes : • résultat négatif ou titre quatre fois inférieur pour un test non tréponémique effectué au cours des 12 derniers mois, OU • symptômes compatibles avec une syphilis primaire ou secondaire, apparus au cours des 12 derniers mois et non traités, OU • personne ayant eu un contact sexuel avec un patient atteint d'une syphilis primaire, secondaire ou latente précoce au cours des 12 derniers mois et non traitée, OU • épisode antérieur de syphilis traité adéquatement pour lequel la seule cause qui explique la persistance des titres élevés est une nouvelle infection.

6. Tiré de MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Surveillance des maladies à déclaration obligatoire au Québec : Maladies d'origine infectieuse – Définitions nosologiques*, 9^e édition, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2012, p. 105-106. La section « Syphilis » du chapitre 2, portant sur les maladies à déclaration obligatoire, comprend aussi plusieurs notes explicatives auxquelles il convient de se référer au besoin.

AIDE-MÉMOIRE (SUITE)

Validation de la classification des cas déclarés de syphilis, excluant la syphilis congénitale⁷

Syphilis non infectieuse	Critères
☐ Latente tardive	Présence des quatre conditions suivantes : 1) détection sérologique d'une infection à <i>Treponema pallidum</i> par un test tréponémique (TP-PA, FTA-ABS-DS, MHA-TP, EIA, INNO-LIA ou autres tests reconnus) indépendamment du résultat du test non tréponémique (VDRL, RPR, TRUST ou autres); ET 2) absence de manifestations cliniques de syphilis; ET 3) aucun traitement antérieur pour la syphilis; ET 4) absence de situations suggérant l'acquisition de l'infection par <i>Treponema pallidum</i> au cours des 12 derniers mois (mentionnées au point 3 de la définition de cas de la syphilis latente précoce).
☐ Neuro-syphilis	Détection sérologique d'une infection à <i>Treponema pallidum</i> par un test tréponémique (TP-PA, FTA-ABS-DS, MHA-TP, EIA, INNO-LIA ou autres tests reconnus) indépendamment du résultat au test non tréponémique (VDRL, RPR, TRUST ou autres) chez une personne qui présente une des trois conditions suivantes : 1) un VDRL utilisant une méthode spécifique validée réactif sur un LCR non sanguinolent; OU 2) manifestations cliniques compatibles avec une neurosyphilis (syphilis méningo-vasculaire, parésie généralisée ou <i>tabes dorsalis</i> , par exemple) et pléiocytose sur le LCR en l'absence d'autres causes; OU 3) manifestations cliniques compatibles avec une neurosyphilis (syphilis méningo-vasculaire, parésie généralisée ou <i>tabes dorsalis</i> , par exemple) et protéinorachie sur le LCR en l'absence d'autres causes.
☐ Tertiaire autre que la neuro-syphilis	Détection sérologique d'une infection à <i>Treponema pallidum</i> par un test tréponémique (TP-PA, FTA-ABS-DS, MHA-TP, EIA, INNO-LIA ou autres tests reconnus) indépendamment du résultat du test non tréponémique (VDRL, RPR, TRUST ou autres) chez une personne qui présente LES DEUX conditions suivantes : 1) manifestations cliniques compatibles au niveau du système cardiovasculaire, osseux ou cutané en l'absence d'autres causes; ET 2) absence de manifestations cliniques ou d'épreuves de laboratoire compatibles avec une neurosyphilis.
☐ Syphilis sans précision	Critères
☐ Sans précision	Présence DES DEUX conditions suivantes : 1) détection sérologique d'une infection à <i>Treponema pallidum</i> par un test tréponémique (TP-PA, FTA-ABS-DS, MHA-TP, EIA, INNO-LIA ou autres tests reconnus) indépendamment du résultat du test non tréponémique (VDRL, RPR, TRUST ou autres); ET 2) renseignements cliniques disponibles ne permettant pas de classer le stade clinique du cas comme défini précédemment.

7. Tiré de MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Surveillance des maladies à déclaration obligatoire au Québec : Maladies d'origine infectieuse – Définitions nosologiques*, 9^e édition, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2012, p. 107-108. La section « Syphilis » du chapitre 2, portant sur les maladies à déclaration obligatoire, comprend aussi plusieurs notes explicatives auxquelles il convient de se référer au besoin.

ABRÉVIATIONS UTILISÉES DANS LE QUESTIONNAIRE

ASPC	Agence de la santé publique du Canada
BID	<i>Bis in die</i> (deux fois par jour)
C.-I.	Cas-index
CPS	Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
<i>C. trachomatis</i>	<i>Chlamydia trachomatis</i>
DFA-TP	<i>Direct Fluorescent Antibody Test for Treponema pallidum</i>
DRSP	Direction régionale de santé publique
EIA	<i>Enzymoimmunoassay</i>
Ex.	Exemple
FTA-ABS-DS	<i>Fluorescent Treponemal Antibody Absorption Test</i>
IM	Intramusculaire
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
Inf.	Infirmière ou infirmier
INNO-LIA	<i>Immunoline Assay</i>
IPPAP	Intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une infection transmissible sexuellement et auprès de leurs partenaires
ITS	Infection transmissible sexuellement
ITSS	Infection transmissible sexuellement et par le sang
LCR	Liquide céphalo-rachidien
MADO	Maladie à déclaration obligatoire
M.D.	<i>Medicinae doctor</i> (docteur ou docteure en médecine)
MHA-TP	<i>Microhemagglutination Assay</i>
Nº	Numéro
PO	<i>Per os</i> (« par la bouche », voie orale)
RPR	<i>Rapid plasma reagin</i>
TAAN	Test d'amplification d'acides nucléiques
Tél.	Téléphone
TP-PA	<i>Treponema pallidum Particle Agglutination Assay</i>
TRUST	Épreuve de floculation à l'antigène lipidique et au rouge de Toluidine
VDRL	<i>Veneral Disease Research Laboratory</i>

LÉGENDE

- ^M Variable retenue aux fins de la vigie provinciale, pouvant être saisie dans le fichier MADO et utilisées dans les compilations provinciales.
- [§] Variable retenue aux fins de la vigie provinciale (visée par la proposition de modification réglementaire découlant de l'article 51.1 de la Loi sur la santé publique) mais ne pouvant être saisie dans le fichier MADO pour l'instant (demanderait d'apporter des modifications aux écrans saisie).
- [¥] Variable pouvant être saisie dans le fichier MADO mais non accessible ou non retenue aux fins de la vigie provinciale.

Formulaire relatif à l'enquête épidémiologique effectuée à la suite d'une déclaration d'infection transmissible sexuellement à déclaration obligatoire

☐ Lymphogranulomatose vénérienne

SECTION 1 – DÉCLARATION ET GESTION

1.1 Numéros de dossier et date de l'épisode

^M Date de l'épisode : ____ / ____ / ____ (aaaa/mm/jj)

[¥] N° MADO régional : _____

^M N° MADO dépersonnalisé : _____

1.2 [¥] Origine de la déclaration

☐ M.D. déclarant, nom : _____ N° permis : _____ Tél. : (____) ____ - ____

☐ M.D. traitant (si différent), nom : _____ N° permis : _____ Tél. : (____) ____ - ____

☐ Infirmière déclarante, nom : _____ N° permis : _____ Tél. : (____) ____ - ____

☐ Laboratoire déclarant, nom : _____ Code : | | | | | | | | | | Tél. : (____) ____ - ____

1.3 Informations sur le cas-index

[¥] Prénom : _____ [¥] Nom : _____

^M Âge : _____ ^M Date de naissance : ____ / ____ / ____ ☐ Date inconnue
(aaaa/mm/jj)

^M Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin ☐ Transsexuelle homme-femme ☐ Transsexuel femme-homme
☐ Inconnu ☐ Autre, préciser : _____

^M Pays de naissance : ☐ Canada ☐ Autre, préciser : _____ ☐ Inconnu

Si pays autre, date d'arrivée au Canada : ____ / ____ / ____ (aaaa/mm/jj)

☐ Date d'arrivée inconnue

[§] Origine ethnoculturelle : **À quel groupe ethnique ou à quelle communauté culturelle vous identifiez-vous?**
☐ Canadienne

☐ Autochtone : ☐ Premières Nations ☐ Métisse ☐ Inuite

☐ États-unienne

☐ Caribéenne (ex. : haïtienne, jamaïcaine, cubaine, dominicaine)

☐ Latino-américaine (ex. : mexicaine, colombienne, chilienne, salvadorienne, brésilienne, argentine)

☐ Européenne (ex. : française, anglaise, irlandaise, écossaise, allemande, italienne, portugaise)

☐ Nord-africaine ou moyenne-orientale (ex. : algérienne, marocaine, tunisienne, somalienne, égyptienne, iranienne)

☐ Africaine sub-saharienne : sud, est, ouest et centre (ex. : sud-africaine, rwandaise, ougandaise, malienne)

☐ Asiatique de l'Est ou du Sud Est (ex. : chinoise, japonaise, philippine, vietnamienne, coréenne, laotienne)

☐ Asiatique du Sud (ex. : indienne, pakistanaise, tamoule, sri lankaise)

☐ Autre, préciser : _____

☐ Inconnue

^M Région sociosanitaire de résidence : _____

^M CSSS de résidence : _____

[¥] Adresse : _____

[¥] Code postal : | | | | | | | | | |

[¥] Numéros de téléphone, adresse courriel et pseudonyme (indiquer la préférence)

Maison : (____) ____ - ____ Travail : (____) ____ - ____

Cellulaire : (____) ____ - ____ Autre : (____) ____ - ____

Courriel : _____

Site de rencontre ou clavardoir : _____

Autres coordonnées pour joindre le cas-index :

Commentaire :

1.4 Gestion interne du dossier

Nom de l'enquêteur : _____ ☐ DRSP, préciser : _____
☐ CSSS, préciser : _____
☐ Autre établissement, préciser : _____

N° de dossier attribué par le CSSS ou l'établissement qui fait l'enquête : _____

Autre n° de dossier, préciser : _____

Date d'ouverture du dossier : ____ / ____ / ____ (aaaa/mm/jj)

Enquête effectuée auprès : ☐ du C.-I. ☐ du M.D. ☐ de l'inf. ☐ autre, préciser : _____

Enquête non effectuée auprès du cas-index : ☐ ITS autre que prioritaire ☐ Refus du cas-index

☐ Barrière de langue ☐ Cas perdu pour le suivi ☐ Autre, préciser : _____

Relance auprès du cas-index concernant l'intervention préventive auprès de ses partenaires

Prévue le : ____ / ____ / ____ (aaaa/mm/jj) Faite le : ____ / ____ / ____ (aaaa/mm/jj)

Notes pour le suivi du dossier

Intervention	Date	Commentaires	Initiales

SECTION 2 – DONNÉES CLINIQUES

Données obtenues : ☐ du C.-I. ☐ du M.D. ☐ de l'inf. ☐ autre, préciser : _____

2.1 Raison du test de détection

☐ § Symptômes et diagnostic ☐ IPPAP : partenaire d'un cas de LGV⁸

☐ Autre, préciser : _____

Commentaires : _____

2.2 Historique des symptômes

☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu

Si oui, cocher les § symptômes :

Date du début (aaaa/mm/jj)

☐ Rectite/proctite (écoulement muqueux, purulent, sanguin) _____ / _____ / _____

☐ Lymphadénopathie inguinale (bubon) _____ / _____ / _____

☐ Lésion génitale (papule, ulcère) _____ / _____ / _____

☐ Symptômes systémiques (fièvre, malaise, céphalée, myalgie) _____ / _____ / _____

☐ Selles sanguinolentes _____ / _____ / _____

☐ Autre, préciser : _____ / _____ / _____

Commentaires ou précisions sur les symptômes (ex. : *persistance des symptômes*) : _____

2.3 ^M Sites ou nature des prélèvements positifs (cocher **TOUS** ceux avec résultat positif)

☐ Anus/rectum ☐ Ganglion/bubon ☐ Sang

☐ Lésions, préciser sites : _____

☐ Autre, préciser : _____

2.4 ^M Résultats de laboratoire

2.4a Résultats

Analyses	Résultats	^M Date du prélèvement (aaaa/mm/jj)
----------	-----------	---

Culture de <i>C. trachomatis</i>	☐ Positif ☐ Négatif ☐ Inconnu	_____ / _____ / _____
----------------------------------	--	-----------------------

TAAN pour <i>C. trachomatis</i> (ex. : PCR)	☐ Réactif ☐ Non réactif ☐ Inconnu	_____ / _____ / _____
---	--	-----------------------

Détection sérologique par une épreuve de fixation du complément 1 ^{er} titre : _____	_____ / _____ / _____
---	-----------------------

2^e titre (si pairés) : _____

Autre, préciser : _____	_____ / _____ / _____
-------------------------	-----------------------

8. Vérification en cours.

2.4b Tests de confirmation (*habituellement faits au Laboratoire national de microbiologie de l'ASPC*)

☐ Oui, résultats ci-après ☐ Oui, résultats à venir ☐ Non ☐ Inconnu

Séquençage de l'ADN ☐ Positif ☐ Négatif ☐ Inconnu _____ / _____ / _____

Si positif, préciser : ☐ L1 ☐ L2 ☐ L2b ☐ L3

Cartographie différentielle de restriction ☐ Positive ☐ Négative ☐ Inconnue _____ / _____ / _____

Restriction fragment length polymorphism (RFLP) Si positif, préciser : ☐ L1 ☐ L2 ☐ L2b ☐ L3

2.4c Validation de la classification des cas déclarés de lymphogranulomatose vénérienne (*voir l'aide-mémoire à la fin du questionnaire*)

☐ Cas confirmé ☐ Cas probable

Commentaires sur la validation : _____

2.5 ITSS concomitante (*cocher toutes les ITS diagnostiquées en même temps que l'ITS déclarée*)

	Oui	Non	Inconnu
Infection à <i>Chlamydia trachomatis</i>	☐	☐	☐
Infection gonococcique	☐	☐	☐
Syphilis	☐	☐	☐
Hépatite B	☐	☐	☐
Hépatite C	☐	☐	☐
Autre, préciser : _____	☐	☐	☐

2.6 § Traitement prescrit (*se référer aux [Lignes directrices canadiennes sur les ITS de l'ASPC](#)*)

Antibiotique	Date (aaaa/mm/jj)	Dosage
☐ Doxycycline (Vibramycine)	début : _____ / _____ / _____ fin : _____ / _____ / _____	☐ 100 mg PO, BID 21 jours
☐ Érythromycine (base)	début : _____ / _____ / _____ fin : _____ / _____ / _____	☐ 500 mg PO, QID 21 jours
☐ Azithromycine (Zithromax)	unidose : _____ / _____ / _____	☐ 1 gm PO, 1 fois par sem. pendant 3 semaines
☐ Autre, préciser : _____	début : _____ / _____ / _____ fin : _____ / _____ / _____	Dosage : _____
☐ Inconnu		

Commentaires (*allergie, contexte particulier, surtout si traitement administré n'est pas le traitement privilégié dans les [Lignes directrices canadiennes sur les ITS de l'ASPC](#)*) : _____

2.7 Visite de suivi (contrôle) (*si pertinent, se référer aux [Lignes directrices canadiennes sur les ITS de l'ASPC](#)*)

☐ Prévue le : _____ / _____ / _____ (aaaa/mm/jj) ☐ Faite le : _____ / _____ / _____ (aaaa/mm/jj)

☐ Non prévue ☐ Inconnue Commentaires : _____

Section remplie par : _____

Date : _____ / _____ / _____ (aaaa/mm/jj)

SECTION 3 – FACTEURS DE RISQUE OU DE VULNÉRABILITÉ

Données obtenues : ☐ du C.-I. ☐ du M.D. ☐ de l'inf. ☐ autre, préciser : _____

3.1 Antécédents d'ITSS

Avant cette infection, avez-vous déjà reçu un ou des diagnostics d'ITSS? (cocher les ITSS nommées)

		Année	Commentaire
Infection à <i>C. trachomatis</i>	☐	_____	_____
Infection gonococcique	☐	_____	_____
Syphilis	☐	_____	_____
Hépatite B	☐	_____	_____
Hépatite C	☐	_____	_____
Autre, préciser : _____	☐	_____	_____

3.2 Grossesse et complications du système reproducteur (à remplir seulement si le cas-index est une femme en âge de procréer)

- § Êtes-vous présentement enceinte?
☐ Oui, préciser la DPA : _____ / _____ / _____ (aaaa/mm/jj) ☐ Non ☐ Inconnu
- Avez-vous déjà eu une interruption volontaire de grossesse ou un avortement?
☐ Oui, date d'IVG la plus récente : _____ / _____ / _____ (aaaa/mm/jj) ☐ Non ☐ Inconnu
- Avez-vous déjà eu des complications du système reproducteur?
☐ Oui, préciser (AIP, grossesse ectopique, infertilité, etc.) : _____ ☐ Non ☐ Inconnu

3.3a Partenaires dans les 12 derniers mois

Au cours des 12 derniers mois :

- § avec combien de personnes avez-vous eu des relations sexuelles (orales, vaginales, anales)?
Nombre : _____ ou ☐ De 1 à 3 ☐ De 4 à 10 ☐ Plus de 10
- § avez-vous eu des relations sexuelles avec des hommes, avec des femmes ou avec les deux?
- ☐ Seulement avec des hommes ☐ Seulement avec des femmes ☐ Avec des hommes et des femmes ☐ Inconnu
 - § Partenaires féminines : certaines sont-elles présentement enceintes? ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu
- avez-vous rencontré de nouveaux partenaires sexuels?
☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu

Si oui, précisez comment vous avez rencontré ces partenaires? (cocher toutes les réponses positives données par le cas-index)

- | | | |
|---------------------------------------|--|--|
| ☐ Amis/famille | ☐ Party privé | ☐ Application mobile/téléphonie (Grindr, Hotline, etc.) |
| ☐ École | ☐ Club échangiste | ☐ Internet (sites de rencontre) |
| ☐ Travail | ☐ Sauna | ☐ Internet (réseaux sociaux) |
| ☐ Parc/camping | ☐ Prison | ☐ Internet (sans précision) |
| ☐ Bar/club | ☐ Autres _____ | |

Commentaires : _____

- avez-vous des partenaires anonymes?
☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu
- ^M avez-vous eu des relations sexuelles avec quelqu'un qui réside habituellement à l'extérieur du Québec?
☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu
 Si oui, étiez-vous en voyage à l'extérieur du Québec?
☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu
 - Si oui, quels pays avez-vous visités? _____
 - Si oui, quel est le pays de résidence habituelle des partenaires? _____
 - Sinon, est-ce que les partenaires étaient en visite au Québec?
☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu Pays de résidence habituelle de ces partenaires : _____

Toujours au cours des 12 derniers mois :

- est-ce que l'un de vos partenaires vous a dit qu'il avait :

	Oui	Quand a-t-il été infecté?	Non	Inconnu
une infection à <i>C. trachomatis</i>	☐	_____	☐	☐
une infection gonococcique	☐	_____	☐	☐
la syphilis	☐	_____	☐	☐
une hépatite B	☐	_____	☐	☐
une hépatite C	☐	_____	☐	☐
une autre infection, préciser : _____	☐	_____	☐	☐
- est-ce que vous avez eu des relations sexuelles avec :

	Oui	Non	Inconnu
un homme qui a des relations sexuelles avec d'autres hommes? (seulement pour les femmes qui ont des partenaires masculins)	☐	☐	☐
une personne qui utilise des drogues par injection?	☐	☐	☐
une personne qui a d'autres partenaires?	☐	☐	☐
une personne qui reçoit ou donne de l'argent, des drogues ou des cadeaux en échange de relations sexuelles?	☐	☐	☐
une personne qui a des relations sexuelles à l'extérieur du Québec?	☐	☐	☐

3.3b Information sur les partenaires des 60 jours précédant les symptômes

Dans quel contexte avez-vous eu des relations sexuelles?

- | | |
|---|---|
| ☐ Sauna | ☐ Domicile privé |
| ☐ Partenaires trouvés sur Internet | ☐ En échange d'argent, de drogues ou de cadeaux |
| ☐ Soirée rave ou circuit party | ☐ Autres, préciser : _____ |
| ☐ Inconnu | ☐ Aucun contact sexuel au cours des 60 jours précédant les symptômes |

3.4a Autres comportements à risque dans les 12 derniers mois

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous :

- utilisé le condom pendant vos relations sexuelles :

	Toujours	À l'occasion	Jamais	Inconnu	Ne s'applique pas
orales	☐	☐	☐	☐	☐
vaginales	☐	☐	☐	☐	☐
anales	☐	☐	☐	☐	☐

	Oui	Non	Inconnu
• § reçu de l'argent, des drogues, des cadeaux ou d'autres faveurs en échange de relations sexuelles?	☐	☐	☐
• donné de l'argent, des drogues, des cadeaux ou d'autres faveurs en échange de relations sexuelles?	☐	☐	☐
• eu des relations sexuelles sous l'effet de drogues ou d'alcool?	☐	☐	☐
• consommé des drogues illicites (ex. : <i>ecstasy</i> , <i>hash/pot</i> , <i>cocaïne</i>)?	☐	☐	☐
◦ Si oui, quelles drogues?			
☐ Hash/pot ☐ Ecstasy ☐ Speed ☐ Cocaïne/crack			
☐ Héroïne ☐ Poppers ☐ Crystalmeth ☐ Autre, préciser : _____			
◦ § Si oui, les avez-vous consommées :			
par injection? ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu			
par inhalation (paille, pipe en verre)? ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu			
Si oui, avez-vous partagé avec une autre personne le matériel de préparation, d'injection ou d'inhalation?			
☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu			

3.4b Comportements à risque au cours des 60 jours précédant les symptômes

Au cours des 60 jours précédant les symptômes de LGV, quelles relations ou activités sexuelles avez-vous eues parmi celles qui suivent :

	Oui, protégé	Oui, non protégé	Non	Inconnu
relation anale passive (receveur)?	☐	☐	☐	☐
relation anale active (donneur)?	☐	☐	☐	☐
relation orale passive (receveur)?	☐	☐	☐	☐
relation orale active (donneur)?	☐	☐	☐	☐
relation vaginale?	☐	☐	☐	☐
partage de jouets sexuels?	☐	☐	☐	☐
insertion du poing dans l'anus (receveur)?	☐	☐	☐	☐
insertion du poing dans l'anus (donneur)?	☐	☐	☐	☐
autre, préciser : _____	☐	☐	☐	☐

Au cours des 60 jours précédant les symptômes de LGV, avez-vous eu

	Oui	Non	Inconnu
un lavement rectal?	☐	☐	☐
une administration rectale de drogues à usage récréatif?			
Si oui, préciser la ou les substances : _____	☐	☐	☐

3.4c Risque de transmission sanguine dans les 12 derniers mois

	Oui	Non	Inconnu
^M Avez-vous reçu une transfusion sanguine ou des produits sanguins avant 1992?	☐	☐	☐
Vous êtes-vous déjà fait tatouer ou percer le corps avec des aiguilles ou de l'encre sales ou non stériles?	☐	☐	☐
Avez-vous déjà pratiqué des activités sexuelles au cours desquelles des échanges sanguins ont pu avoir lieu (ex. : durant la menstruation, sadomasochisme ou rapports sexuels brutaux)?	☐	☐	☐
Commentaires : _____			

Section remplie par : _____

Date : _____ / _____ / _____ (aaaa/mm/jj)

SECTION 4 – INTERVENTION PRÉVENTIVE AUPRÈS DU CAS-INDEX

4.1 Créer des conditions favorables au succès du traitement de l'infection

- ☐ Faire s'exprimer le cas-index à propos de ses connaissances et perceptions sur l'infection et les complications qui peuvent en découler, et lui fournir l'information complémentaire au besoin.
- ☐ Évaluer la possibilité d'une persistance de l'infection ou d'une réinfection advenant :
- ☐ l'apparition ou la persistance de symptômes (envisager la possibilité d'une cause autre qu'une infection);
 - ☐ une exposition récente à un partenaire non traité (dans les sept jours d'un traitement unidose OU avant la fin d'un traitement de sept jours et plus OU avant la disparition des symptômes) ou à un nouveau partenaire;
 - ☐ une infection causée par une souche résistante aux antibiotiques prescrits ou par d'autres agents pathogènes;
 - ☐ une mauvaise observance du traitement;
 - ☐ un traitement non conforme aux recommandations des [Guides sur le traitement pharmacologique des ITSS de l'INESSS](#) ou des [Lignes directrices canadiennes sur les ITS de l'ASPC](#);
Demander une évaluation clinique de contrôle, selon les recommandations des [Guides sur le traitement pharmacologique des ITSS de l'INESSS](#) ou des [Lignes directrices canadiennes sur les ITS de l'ASPC](#)? ☐ Oui ☐ Non
- ☐ Favoriser l'administration d'un traitement efficace par :
- ☐ la promotion de l'observance du traitement prescrit;
 - ☐ la promotion, au besoin, du programme de gratuité des médicaments contre les ITS.

4.2 Consolider le counseling préventif effectué en première ligne

- ☐ Faire s'exprimer le cas-index à propos de ses connaissances et perceptions sur le dépistage des ITSS et lui fournir l'information complémentaire au besoin.
- ☐ Évaluer s'il est indiqué de procéder au dépistage du VIH et des autres ITSS (co-infection, dépistage périodique).
- ☐ Promouvoir les comportements sécuritaires et soutenir l'adoption de ces comportements :
- ☐ en discutant avec le cas index des risques liés à ses comportements sexuels ou à ses habitudes de vie;
 - ☐ en l'aidant à identifier des comportements plus sécuritaires que les siens;
 - ☐ en décelant les obstacles à la prévention et en soutenant la recherche de solutions.
- ☐ Vérifier les besoins du cas-index, lui fournir de l'information sur les ressources pouvant répondre aux besoins qu'il a exprimés et l'orienter vers les ressources appropriées.
- ☐ Promouvoir l'immunisation contre l'hépatite A, l'hépatite B et les infections par le VPH, selon les indications du [Protocole d'immunisation du Québec](#).

Le cas-index fait-il partie de l'un ou l'autre des groupes ciblés pour la vaccination? VHA ☐ Oui ☐ Non ☐ Données insuffisantes

VHB ☒ Oui

VPH ☐ Oui ☐ Non ☐ Données insuffisantes

Vaccination antérieure du cas-index

	Oui	Non	Inconnu	Si oui, type de vaccin	Nombre de doses	Dernière dose (aaaa/mm/jj)
VHA	☐	☐	☐	_____	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	____ / ____ / ____
VHB	☐	☐	☐	_____	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	____ / ____ / ____
VPH	☐	☐	☐	_____	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	____ / ____ / ____

Vaccins recommandés	Vaccins administrés	Référence
VHA ☐ Oui ☐ Non ☐ Données insuffisantes	Nom du vaccin : _____ Nombre de doses : ____ Dates (aaaa/mm/jj) : ____ / ____ / ____	Préciser :
VHB ☐ Oui ☐ Non ☐ Données insuffisantes	Nom du vaccin : _____ Nombre de doses : ____ Dates (aaaa/mm/jj) : ____ / ____ / ____	Préciser :
VPH ☐ Oui ☐ Non ☐ Données insuffisantes	Nom du vaccin : _____ Nombre de doses : ____ Dates (aaaa/mm/jj) : ____ / ____ / ____	Préciser :

Commentaires : _____

Section remplie par : _____

Date : ____ / ____ / ____ (aaaa/mm/jj)

4.3 Soutenir la personne atteinte pour l'intervention préventive auprès de ses partenaires

- ☐ Sensibiliser le cas-index aux avantages qu'il peut tirer de l'intervention, notamment celui :
 - ☐ de faire diminuer son risque de réinfection;
 - ☐ d'être vu comme une personne responsable.
- ☐ Sensibiliser le cas-index à la responsabilité et à la solidarité sociale en évoquant, entre autres :
 - ☐ le droit des personnes exposées d'avoir accès aux mesures préventives appropriées;
 - ☐ les moyens de freiner la propagation de l'infection dans la communauté.
- ☐ Présenter au cas-index les différents services pouvant l'appuyer dans sa démarche et les mesures prises pour préserver la confidentialité des renseignements recueillis.

☐ Offre de soutien acceptée : ☐ remplir les sections 4.3.1, 4.3.2 et 5 ou	☐ diriger vers un service de soutien
☐ Offre de soutien refusée : ☐ raison du refus : _____	
☐ envoi de documentation : _____	
☐ relance, date prévue : ____ / ____ / ____ (aaaa/mm/jj) ☐ pas de relance	

4.3.1 Déterminer la période visée pour l'intervention : partenaires à joindre

- Les partenaires qui ont eu un contact sexuel avec la personne infectée jusqu'à 60 jours avant le début des symptômes.
- Si tous les partenaires retracés ont des résultats négatifs, les partenaires rencontrés avant la période visée pour l'intervention pourraient être avisés.

Informations permettant de déterminer la période visée (voir les sections indiquées)

- Date du début des symptômes (section 2.2) : ____ / ____ / ____ (aaaa/mm/jj) ☐ N'a pas eu de symptômes
- Persistance des symptômes (section 2.2) : ☐ Oui ☐ Non ☐ N'a pas eu de symptômes
- Date du prélèvement (section 2.4) : ____ / ____ / ____ (aaaa/mm/jj)
- Date de la fin du traitement (section 2.6) : ____ / ____ / ____ (aaaa/mm/jj)
(dans le cas du traitement unidose, compter 7 jours après la date de l'administration du traitement)
- Date de la dernière visite de suivi, si pertinent (section 2.7) : ____ / ____ / ____ (aaaa/mm/jj)

PÉRIODE VISÉE

Du ____ / ____ / ____ (aaaa/mm/jj) au ____ / ____ / ____ (aaaa/mm/jj)

Nombre de partenaires sexuels à joindre (relations orales, vaginales ou anales) : _____

Commentaires : _____

Section remplie par : _____

Date : ____ / ____ / ____ (aaaa/mm/jj)

4.3.2 Identifier les partenaires à joindre, soit ceux de la période visée, allant du _____/____/____ (aaaa/mm/jj) au _____/____/____ (aaaa/mm/jj) (indiquer toutes les dates en aaaa/mm/jj)

Identification du partenaire						
No	Identifiant (prénom, nom, surnom, pseudonyme) : _____					
Age et sexe	Type de partenaire	Contexte de la rencontre		Type relations sexuelles		Dernière relation sexuelle
Age : _____ ☐ Féminin ☐ Masculin ☐ Autre : _____	☐ Conjoint ☐ Régulier ☐ Occasionnel ☐ Aventure ☐ Anonyme	☐ Amis/famille ☐ École ☐ Travail ☐ Parc/camping ☐ Bar/club ☐ Party privé	☐ Club échangiste ☐ Sauna ☐ Prison ☐ App. mobile/télép. ☐ Internet ☐ Autre : _____	☐ Protégée ☐ Non protégée	☐ Orale ☐ Vaginale ☐ Anale	Date : _____/____/____
Type d'entente						
☐ Déjà avisé ☐ Sera avisé par le cas-index (à relancer après 1 semaine) ☐ Orienté vers santé publique (inscrire n°dossier formulaire partenaire) ☐ Dossier à transférer : préciser dans commentaires						
Suivi de l'intervention auprès des partenaires						
Notification		Traitement		Dépistage		
Date du suivi : _____/____/____ ☐ Partenaire avisé, date : _____/____/____ ☐ Partenaire non avisé : demander raisons et préciser la nouvelle entente		☐ Traité, date : _____/____/____ ☐ Non traité ☐ Inconnu		☐ Dépisté, date : _____/____/____ Résultat : ☐ Positif ☐ Négatif ☐ Inconnu ☐ Non dépisté ☐ Inconnu		
Nouvelle entente						
☐ Cas index ☐ Santé publique (inscrire n°dossier formulaire partenaire) ☐ Autre : préciser						
Commentaires						

Identification du partenaire						
No	Identifiant (prénom, nom, surnom, pseudonyme) : _____					
Age et sexe	Type de partenaire	Contexte de la rencontre		Type relations sexuelles		Dernière relation sexuelle
Age : _____ ☐ Féminin ☐ Masculin ☐ Autre : _____	☐ Conjoint ☐ Régulier ☐ Occasionnel ☐ Aventure ☐ Anonyme	☐ Amis/famille ☐ École ☐ Travail ☐ Parc/camping ☐ Bar/club ☐ Party privé	☐ Club échangiste ☐ Sauna ☐ Prison ☐ App. mobile/télép. ☐ Internet ☐ Autre : _____	☐ Protégée ☐ Non protégée	☐ Orale ☐ Vaginale ☐ Anale	Date : _____/____/____
Type d'entente						
☐ Déjà avisé ☐ Sera avisé par le cas-index (à relancer après 1 semaine) ☐ Orienté vers santé publique (inscrire n°dossier formulaire partenaire) ☐ Dossier à transférer : préciser dans commentaires						
Suivi de l'intervention auprès des partenaires						
Notification		Traitement		Dépistage		
Date du suivi : _____/____/____ ☐ Partenaire avisé, date : _____/____/____ ☐ Partenaire non avisé : demander raisons et préciser la nouvelle entente		☐ Traité, date : _____/____/____ ☐ Non traité ☐ Inconnu		☐ Dépisté, date : _____/____/____ Résultat : ☐ Positif ☐ Négatif ☐ Inconnu ☐ Non dépisté ☐ Inconnu		
Nouvelle entente						
☐ Cas index ☐ Santé publique (inscrire n°dossier formulaire partenaire) ☐ Autre : préciser						
Commentaires						

Identification du partenaire					
No	Identifiant (prénom, nom, surnom, pseudonyme) : _____				
Age et sexe	Type de partenaire	Contexte de la rencontre		Type relations sexuelles	Dernière relation sexuelle
Age : _____ ☐ Féminin ☐ Masculin ☐ Autre : _____	☐ Conjoint ☐ Régulier ☐ Occasionnel ☐ Aventure ☐ Anonyme	☐ Amis/famille ☐ École ☐ Travail ☐ Parc/camping ☐ Bar/club ☐ Party privé	☐ Club échangiste ☐ Sauna ☐ Prison ☐ App. mobile/télep. ☐ Internet ☐ Autre : _____	Protégée ☐ Orale ☐ Vaginale ☐ Anale Non protégée ☐ ☐ ☐	Date : _____/_____/_____
Type d'entente					
☐ Déjà avisé ☐ Sera avisé par le cas-index (à relancer après 1 semaine) ☐ Orienté vers santé publique (inscrire n°dossier formulaire partenaire) ☐ Dossier à transférer : préciser dans commentaires					
Suivi de l'intervention auprès des partenaires					
Notification		Traitement		Dépistage	
Date du suivi : _____/_____/_____ ☐ Partenaire avisé, date : _____/_____/_____ ☐ Partenaire non avisé : demander raisons et préciser la nouvelle entente		☐ Traité, date : _____/_____/_____ ☐ Non traité ☐ Inconnu		☐ Dépisté, date : _____/_____/_____ Résultat : ☐ Positif ☐ Négatif ☐ Inconnu ☐ Non dépisté ☐ Inconnu	
Nouvelle entente					
☐ Cas index ☐ Santé publique (inscrire n°dossier formulaire partenaire) ☐ Autre : préciser					
Commentaires					

Identification du partenaire					
No	Identifiant (prénom, nom, surnom, pseudonyme) : _____				
Age et sexe	Type de partenaire	Contexte de la rencontre		Type relations sexuelles	Dernière relation sexuelle
Age : _____ ☐ Féminin ☐ Masculin ☐ Autre : _____	☐ Conjoint ☐ Régulier ☐ Occasionnel ☐ Aventure ☐ Anonyme	☐ Amis/famille ☐ École ☐ Travail ☐ Parc/camping ☐ Bar/club ☐ Party privé	☐ Club échangiste ☐ Sauna ☐ Prison ☐ App. mobile/télep. ☐ Internet ☐ Autre : _____	Protégée ☐ Orale ☐ Vaginale ☐ Anale Non protégée ☐ ☐ ☐	Date : _____/_____/_____
Type d'entente					
☐ Déjà avisé ☐ Sera avisé par le cas-index (à relancer après 1 semaine) ☐ Orienté vers santé publique (inscrire n°dossier formulaire partenaire) ☐ Dossier à transférer : préciser dans commentaires					
Suivi de l'intervention auprès des partenaires					
Notification		Traitement		Dépistage	
Date du suivi : _____/_____/_____ ☐ Partenaire avisé, date : _____/_____/_____ ☐ Partenaire non avisé : demander raisons et préciser la nouvelle entente		☐ Traité, date : _____/_____/_____ ☐ Non traité ☐ Inconnu		☐ Dépisté, date : _____/_____/_____ Résultat : ☐ Positif ☐ Négatif ☐ Inconnu ☐ Non dépisté ☐ Inconnu	
Nouvelle entente					
☐ Cas index ☐ Santé publique (inscrire n°dossier formulaire partenaire) ☐ Autre : préciser					
Commentaires					

Identification du partenaire					
No		Identifiant (prénom, nom, surnom, pseudonyme) : _____			
Age et sexe	Type de partenaire	Contexte de la rencontre		Type relations sexuelles	Dernière relation sexuelle
Age : _____ ☐ Féminin ☐ Masculin ☐ Autre : _____	☐ Conjoint ☐ Régulier ☐ Occasionnel ☐ Aventure ☐ Anonyme	☐ Amis/famille ☐ École ☐ Travail ☐ Parc/camping ☐ Bar/club ☐ Party privé	☐ Club échangiste ☐ Sauna ☐ Prison ☐ App. mobile/télép. ☐ Internet ☐ Autre : _____	☐ Orale ☐ Vaginale ☐ Anale Protégée ☐ Non protégée ☐	Date : _____/_____/_____
Type d'entente ☐ Déjà avisé ☐ Sera avisé par le cas-index (à relancer après 1 semaine) ☐ Orienté vers santé publique (inscrire n°dossier formulaire partenaire) ☐ Dossier à transférer : préciser dans commentaires					
Suivi de l'intervention auprès des partenaires					
Notification		Traitement		Dépistage	
Date du suivi: _____/_____/_____ ☐ Partenaire avisé, date : _____/_____/_____ ☐ Partenaire non avisé : demander raisons et préciser la nouvelle entente		☐ Traité, date : _____/_____/_____ ☐ Non traité ☐ Inconnu		☐ Dépisté, date : _____/_____/_____ Résultat : ☐ Positif ☐ Négatif ☐ Inconnu ☐ Non dépisté ☐ Inconnu	
Nouvelle entente					
☐ Cas index ☐ Santé publique (inscrire n°dossier formulaire partenaire) ☐ Autre : préciser					
Commentaires					

Identification du partenaire					
No		Identifiant (prénom, nom, surnom, pseudonyme) : _____			
Age et sexe	Type de partenaire	Contexte de la rencontre		Type relations sexuelles	Dernière relation sexuelle
Age : _____ ☐ Féminin ☐ Masculin ☐ Autre : _____	☐ Conjoint ☐ Régulier ☐ Occasionnel ☐ Aventure ☐ Anonyme	☐ Amis/famille ☐ École ☐ Travail ☐ Parc/camping ☐ Bar/club ☐ Party privé	☐ Club échangiste ☐ Sauna ☐ Prison ☐ App. mobile/télép. ☐ Internet ☐ Autre : _____	☐ Orale ☐ Vaginale ☐ Anale Protégée ☐ Non protégée ☐	Date : _____/_____/_____
Type d'entente ☐ Déjà avisé ☐ Sera avisé par le cas-index (à relancer après 1 semaine) ☐ Orienté vers santé publique (inscrire n°dossier formulaire partenaire) ☐ Dossier à transférer : préciser dans commentaires					
Suivi de l'intervention auprès des partenaires					
Notification		Traitement		Dépistage	
Date du suivi: _____/_____/_____ ☐ Partenaire avisé, date : _____/_____/_____ ☐ Partenaire non avisé : demander raisons et préciser la nouvelle entente		☐ Traité, date : _____/_____/_____ ☐ Non traité ☐ Inconnu		☐ Dépisté, date : _____/_____/_____ Résultat : ☐ Positif ☐ Négatif ☐ Inconnu ☐ Non dépisté ☐ Inconnu	
Nouvelle entente					
☐ Cas index ☐ Santé publique (inscrire n°dossier formulaire partenaire) ☐ Autre : préciser					
Commentaires					

SECTION 5 – BILAN DE L'IPPAP

Nombre de partenaires devant être joints pour l'IPPAP : _____

En fonction de la période de contagiosité et de l'ITSS en cause

Nombre de partenaires joints	Nombre de partenaires évalués ou dépistés	Nombre de partenaires traités
par le cas index : avant l'intervention de la santé publique : _____ après l'intervention de la santé publique : _____	Selon les informations fournies par le cas index : _____	Selon les informations fournies par le cas index : _____
par le professionnel de santé publique : _____	Selon l'information recueillie par le professionnel de santé publique lorsqu'un suivi auprès des partenaires est nécessaire : _____	Selon l'information recueillie par le professionnel de santé publique lorsqu'un suivi auprès des partenaires est nécessaire : _____
Total : _____	Total : _____	Total : _____

Nombre de partenaires n'ayant pu être joints pour l'IPPAP : _____

Raisons pour lesquelles les partenaires n'ont pu être joints :

- ☐ Partenaires anonymes, préciser le nombre : _____
- ☐ Refus du cas-index, préciser pour combien de partenaires : _____
- ☐ Pas de coordonnées disponibles, préciser le nombre : _____
- ☐ Cas perdus pour le suivi, préciser le nombre : _____
- ☐ Autre, préciser le nombre et les raisons : _____

Date de fermeture du dossier : _____ / _____ / _____ (aaaa/mm/jj)

Signature : _____

AIDE-MÉMOIRE⁹

Validation de la classification des cas déclarés de lymphogranulomatose vénérienne

Cas confirmé

Présence des trois conditions suivantes :

- 1) un des trois critères suivants :
 - rectite, **ou**
 - lymphadénopathie inguinale ou fémorale, **ou**
 - contact sexuel avec un cas confirmé de lymphogranulomatose vénérienne;

ET

- 2) résultat positif à au moins un des deux tests de détection suivants¹⁰ :
 - isolement de *Chlamydia trachomatis* dans un échantillon clinique approprié, **ou**
 - détection de *Chlamydia trachomatis* par une technique d'amplification génique appropriée;

ET

- 3) à partir d'un résultat positif obtenu par culture ou par détection d'acides nucléiques, confirmation par séquençage de l'ADN ou par cartographie différentielle de restriction (*restriction fragment length polymorphism [RFLP]*) d'un des sérotypes responsables de lymphogranulomatose vénérienne (L1, L2 ou L3).

Cas probable

Présence des deux conditions suivantes :

- 1) un des trois critères suivants :
 - rectite, **ou**
 - lymphadénopathie inguinale ou fémorale, **ou**
 - contact sexuel avec un cas confirmé de lymphogranulomatose vénérienne;

ET

- 2) résultat positif à au moins un des cinq tests de détection suivants¹¹ :
 - isolement de *Chlamydia trachomatis* dans un échantillon clinique approprié, **ou**
 - détection d'acides nucléiques de *Chlamydia trachomatis*, **ou**
 - détection par une épreuve de micro-immunofluorescence ou de fixation du complément d'une augmentation significative du taux d'anticorps spécifiques contre *Chlamydia trachomatis* entre le sérum prélevé en phase aiguë et celui prélevé en phase de convalescence, **ou**
 - détection sérologique, par une épreuve de fixation du complément, d'un seul titre d'anticorps spécifiques contre *Chlamydia trachomatis* ≥ 64 , **ou**
 - détection sérologique, par une épreuve de micro-immunofluorescence, d'un seul titre d'anticorps spécifiques contre *Chlamydia trachomatis* ≥ 256 .

9. Tiré de MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Surveillance des maladies à déclaration obligatoire au Québec : Maladies d'origine infectieuse – Définitions nosologiques*, 9^e édition, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2012, p. 80.

10. Note explicative : La culture, la détection d'acides nucléiques et les tests sérologiques ne permettent pas de faire la distinction entre les sérotypes de *Chlamydia trachomatis* responsables de la lymphogranulomatose vénérienne et ceux qui sont associés aux autres infections. Tout résultat positif à l'un de ces tests de détection doit être confirmé par l'un des tests spécifiques mentionnés au point 3 de la définition de cas confirmé.

11. Tiré de MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Surveillance des maladies à déclaration obligatoire au Québec : Maladies d'origine infectieuse – Définitions nosologiques*, 9^e édition, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2012, p. 58. La section « Infection à *Chlamydia trachomatis* » du chapitre 2, portant sur les maladies à déclaration obligatoire, comprend aussi des notes explicatives auxquelles il convient de se référer au besoin.

ABRÉVIATIONS UTILISÉES DANS LE QUESTIONNAIRE

ADN	Acide désoxyribonucléique
ASPC	Agence de la santé publique du Canada
BID	<i>Bis in die</i> (deux fois par jour)
C.-I.	Cas-index
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
<i>C. trachomatis</i>	<i>Chlamydia trachomatis</i>
DRSP	Direction régionale de santé publique
Ex.	Exemple
Inf.	Infirmière ou infirmier
IPPAP	Intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une infection transmissible sexuellement et auprès de leurs partenaires
ITS	Infection transmissible sexuellement
ITSS	Infection transmissible sexuellement et par le sang
LGV	Lymphogranulomatose vénérienne
MADO	Maladie à déclaration obligatoire
M.D.	<i>Medicinae doctor</i> (docteur ou docteure en médecine)
Nº	Numéro
PCR	<i>Polymerase chain reaction</i> (réaction de polymérisation en chaîne)
PO	<i>Per os</i> (« par la bouche », voie orale)
QID	<i>Quatro in die</i> (quatre fois par jour)
Tél.	Téléphone

LÉGENDE

- ^M Variable retenue aux fins de la vigie provinciale, pouvant être saisie dans le fichier MADO et utilisées dans les compilations provinciales.
- [§] Variable retenue aux fins de la vigie provinciale (visée par la proposition de modification réglementaire découlant de l'article 51.1 de la Loi sur la santé publique) mais ne pouvant être saisie dans le fichier MADO pour l'instant (demanderait d'apporter des modifications aux écrans saisie).
- [¥] Variable pouvant être saisie dans le fichier MADO mais non accessible ou non retenue aux fins de la vigie provinciale.

**Formulaire relatif à l'enquête épidémiologique effectuée à la suite d'une déclaration
d'infection transmissible sexuellement à déclaration obligatoire**

☐ Chancre mou ☐ Granulome inguinal

SECTION 1 – DÉCLARATION ET GESTION

1.1 Numéros de dossier et date de l'épisode

^M Date de l'épisode : ____ / ____ / ____ (aaaa/mm/jj)

^{*} N° MADO régional : _____ ^M N° MADO dépersonnalisé : _____

1.2 ^{*} Origine de la déclaration

☐ M.D. déclarant, nom : _____ N° permis : _____ Tél. : (____) ____ - _____
☐ M.D. traitant (si différent), nom : _____ N° permis : _____ Tél. : (____) ____ - _____
☐ Infirmière déclarante, nom : _____ N° permis : _____ Tél. : (____) ____ - _____
☐ Laboratoire déclarant, nom : _____ Code : | | | | | | | | Tél. : (____) ____ - _____

1.3 Informations sur le cas-index

^{*} Prénom : _____ ^{*} Nom : _____

^M Âge : _____ ^M Date de naissance : ____ / ____ / ____ ☐ Date inconnue
 (aaaa/mm/jj)

^M Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin ☐ Transsexuelle homme-femme ☐ Transsexuel femme-homme
☐ Inconnu ☐ Autre, préciser : _____

Pays de naissance : ☐ Canada ☐ Autre, préciser : _____ ☐ Inconnu

Si pays autre, date d'arrivée au Canada : ____ / ____ / ____ (aaaa/mm/jj)

☐ Date d'arrivée inconnue

§ Origine ethnoculturelle : À quel groupe ethnique ou à quelle communauté culturelle vous identifiez-vous?

☐ Canadienne
☐ Autochtone : ☐ Premières Nations ☐ Métisse ☐ Inuite
☐ États-unienne
☐ Caribéenne (ex. : haïtienne, jamaïcaine, cubaine, dominicaine)
☐ Latino-américaine (ex. : mexicaine, colombienne, chilienne, salvadorienne, brésilienne, argentine)
☐ Européenne (ex. : française, anglaise, irlandaise, écossaise, allemande, italienne, portugaise)
☐ Nord-africaine ou moyenne-orientale (ex. : algérienne, marocaine, tunisienne, somalienne, égyptienne, iranienne)
☐ Africaine sub-saharienne : sud, est, ouest et centre (ex. : sud-africaine, rwandaise, ougandaise, malienne)
☐ Asiatique de l'Est ou du Sud Est (ex. : chinoise, japonaise, philippine, vietnamienne, coréenne, laotienne)
☐ Asiatique du Sud (ex. : indienne, pakistanaise, tamoule, sri lankaise)
☐ Autre, préciser : _____
☐ Inconnue

^M Région sociosanitaire de résidence : _____

^M CSSS de résidence : _____

^{*} Adresse : _____

^{*} Code postal : | | | | | | | |

^{*} Numéros de téléphone, adresse courriel et pseudonyme (indiquer la préférence)

Maison : (____) ____ - _____ Travail : (____) ____ - _____

Cellulaire : (____) ____ - _____ Autre : (____) ____ - _____

Courriel : _____

Site de rencontre ou clavardoir : _____

Autres coordonnées pour joindre le cas-index :

Commentaire :

1.4 Gestion interne du dossier

Nom de l'enquêteur : _____ ☐ DRSP, préciser : _____

☐ CSSS, préciser : _____

☐ Autre établissement, préciser : _____

N° de dossier attribué par le CSSS ou l'établissement qui fait l'enquête : _____

Autre n° de dossier, préciser : _____

Date d'ouverture du dossier : ____ / ____ / ____ (aaaa/mm/jj)

Enquête effectuée auprès : ☐ du C.-I. ☐ du M.D. ☐ de l'inf. ☐ autre, préciser : _____

Enquête non effectuée auprès du cas-index : ☐ ITS autre que prioritaire ☐ Refus du cas-index

☐ Barrière de langue ☐ Cas perdu pour le suivi ☐ Autre, préciser : _____

Relance auprès du cas-index concernant l'intervention préventive auprès de ses partenaires

Prévue le : ____ / ____ / ____ (aaaa/mm/jj) Faite le : ____ / ____ / ____ (aaaa/mm/jj)

Notes pour le suivi du dossier

Intervention	Date	Commentaires	Initiales

SECTION 2 – DONNÉES CLINIQUES

Données obtenues : ☐ du C.-I. ☐ du M.D. ☐ de l'inf. ☐ autre, préciser : _____

2.1 Raison du test de détection ☐ § Symptômes et diagnostic ☐ Autre, préciser : _____

Commentaires : _____

2.2 Historique des symptômes ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu

Si oui, cocher § TOUS les symptômes observés

Date du début (aaaa/mm/jj)

☐ Ulcère génital douloureux _____ / _____ / _____

☐ Ulcère génital non douloureux _____ / _____ / _____

☐ Adénopathie inguinale douloureuse _____ / _____ / _____

☐ Granulome _____ / _____ / _____

☐ Autre, préciser : _____ / _____ / _____

Commentaires ou précisions sur les symptômes (ex. : persistance des symptômes) : _____

2.3 ^M Site ou nature des prélèvements positifs (cocher **TOUS** ceux qu'un résultat positif concerne)

☐ Ulcère génital ☐ Biopsie ou frottis de granulome ☐ Autre, préciser : _____

2.4 ^M Résultats de laboratoire

2.4a Résultats

Tests	Résultats			^M Date du prélèvement (aaaa/mm/jj)
Culture d' <i>Hæmophilus ducreyi</i>	☐ Positif	☐ Négatif	☐ Inconnu	_____ / _____ / _____
Visualisation corps de Donovan	☐ Positif	☐ Négatif	☐ Inconnu	_____ / _____ / _____
Sérologie syphilis positive	☐ Positif	☐ Négatif	☐ Inconnu	_____ / _____ / _____
Culture d' <i>Herpes simplex</i>	☐ Positif	☐ Négatif	☐ Inconnu	_____ / _____ / _____
Fond noir	☐ Positif	☐ Négatif	☐ Inconnu	_____ / _____ / _____
Autre, préciser : _____	Résultat : _____			_____ / _____ / _____

2.4b Validation de la classification des cas déclarés de chancre mou ou de granulome inguinal (voir l'aide-mémoire à la fin du questionnaire)

Cas confirmé : ☐ chancre mou ☐ granulome inguinal

Cas probable : ☐ chancre mou

Commentaires sur la validation : _____

2.5 ITSS concomitantes (cocher toutes les ITS diagnostiquées en même temps que l'ITS déclarée)

	Oui	Non	Inconnu
Infection à <i>Chlamydia trachomatis</i>	☐	☐	☐
Infection gonococcique	☐	☐	☐
Syphilis	☐	☐	☐
Hépatite B	☐	☐	☐
Hépatite C	☐	☐	☐
Autre, préciser : _____	☐	☐	☐

2.6 § Traitement prescrit (se référer aux [Lignes directrices canadiennes sur les ITS](#); pour le traitement du chancre mou, voir la section « Infections spécifiques » et pour celui du granulome inguinal, voir la section « Ulcérations génitales »)

Sauf indication contraire, les options de traitement présentées ici sont tirées des LDC.

Chancre mou	Date (aaaa/mm/jj)	Dosage
☐ Ciprofloxacine	_____ / _____ / _____	☐ 500 mg PO unidose ☐ 500 mg BID, 4 jours (Centers for Disease Control and Prevention) ☐ Autre dosage : _____ ☐ Dosage inconnu
☐ Azithromycine	_____ / _____ / _____ _____ / _____ / _____	☐ 1 gm PO unidose (chancre mou) ☐ Autre dosage : _____ ☐ Dosage inconnu
☐ Érythromycine	début : _____ / _____ / _____ fin : _____ / _____ / _____	☐ 500 mg PO TID, 7 jours ☐ Autre dosage : _____ ☐ Dosage inconnu
☐ Ceftriaxone	début : _____ / _____ / _____ fin : _____ / _____ / _____	☐ 250 mg IM unidose ☐ Autre dosage : _____ ☐ Dosage inconnu
☐ Autre, préciser : _____	début : _____ / _____ / _____ fin : _____ / _____ / _____	☐ Dosage : _____ ☐ Dosage inconnu

Granulome inguinal	Date (aaaa/mm/jj)	Dosage :
☐ Doxycycline	début : _____ / _____ / _____ fin : _____ / _____ / _____	☐ 100 mg PO BID, 21 jours ¹² ☐ Autre dosage : _____ ☐ Dosage inconnu
☐ Triméthoprim-sulfaméthoxazole	début : _____ / _____ / _____ fin : _____ / _____ / _____	☐ Double concentration PO BID, au moins 21 jours ☐ Autre dosage : _____ ☐ Dosage inconnu
☐ Ciprofloxacine	_____ / _____ / _____	☐ 750 mg PO BID, 21 jours ¹² (granulome inguinal) ☐ Autre dosage : _____ ☐ Dosage inconnu
☐ Érythromycine	début : _____ / _____ / _____ fin : _____ / _____ / _____	☐ 500 mg PO QID, 21 jours ¹² ☐ Autre dosage : _____ ☐ Dosage inconnu
☐ Azithromycine	début : _____ / _____ / _____ fin : _____ / _____ / _____	☐ 500 mg PO <i>die</i> , pendant au moins 21 jours ☐ 1 gm PO 1/sem, pendant au moins 3 semaines ☐ Autre dosage : _____ ☐ Dosage inconnu
☐ Autre, préciser : _____	début : _____ / _____ / _____ fin : _____ / _____ / _____	☐ Dosage : _____ ☐ Dosage inconnu

2.7 Visite de suivi (contrôle) (si pertinente. Se référer aux [Lignes directrices canadiennes sur les ITS de l'ASPC](#).) :

☐ Prévus le : _____ / _____ / _____ (aaaa/mm/jj) ☐ Faite le : _____ / _____ / _____ (aaaa/mm/jj)

☐ Non prévue ☐ Inconnu

Commentaires : _____

Section remplie par : _____ Date : _____ / _____ / _____ (aaaa/mm/jj)

12 . Notes : Chez les patients co-infectés par le VIH, le traitement peut s'avérer plus complexe. Selon les lignes directrices états-uniennes, la durée du traitement du granulome inguinal proposée est minimale et peut se poursuivre jusqu'à ce que les lésions soient complètement cicatrisées.

SECTION 3 – FACTEURS DE RISQUE OU DE VULNÉRABILITÉ

Données obtenues : ☐ du C.-I. ☐ du M.D. ☐ de l'inf. ☐ autre, préciser : _____

3.1 Antécédents d'ITSS

Avant cette infection, avez-vous déjà reçu un ou des diagnostics d'ITSS? (cocher les ITSS nommées)

		Année	Commentaire
Infection à <i>C. trachomatis</i>	☐	_____	_____
Infection gonococcique	☐	_____	_____
Syphilis	☐	_____	_____
Hépatite B	☐	_____	_____
Hépatite C	☐	_____	_____
Autre, préciser : _____	☐	_____	_____

3.2 Grossesse et complications du système reproducteur (à remplir seulement si le cas-index est une femme en âge de procréer)

- § Êtes-vous présentement enceinte? ☐ Oui, préciser la DPA : _____ / _____ / _____ (aaaa/mm/jj) ☐ Non ☐ Inconnu
- Avez-vous déjà eu une interruption volontaire de grossesse ou un avortement?
☐ Oui, date d'IVG la plus récente : _____ / _____ / _____ (aaaa/mm/jj) ☐ Non ☐ Inconnu
 - Avez-vous déjà eu des complications du système reproducteur?
☐ Oui, préciser (AIP, grossesse ectopique, infertilité, etc.) : _____ ☐ Non ☐ Inconnu

3.3 Partenaires dans les 12 derniers mois

Au cours des 12 derniers mois :

- § avec combien de personnes avez-vous eu des relations sexuelles (orales, vaginales, anales)?
Nombre : _____ ou ☐ De 1 à 3 ☐ De 4 à 10 ☐ Plus de 10
- § avez-vous eu des relations sexuelles avec des hommes, avec des femmes ou avec les deux?
- ☐ Seulement avec des hommes ☐ Seulement avec des femmes ☐ Avec des hommes et des femmes ☐ Inconnu
 - § Partenaires féminines : certaines sont-elles présentement enceintes? ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu
- avez-vous rencontré de nouveaux partenaires sexuels?
☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu

Si oui, précisez comment vous avez rencontré ces partenaires? (cocher toutes les réponses positives données par le cas-index)

- | | | |
|---------------------------------------|--|--|
| ☐ Amis/famille | ☐ Party privé | ☐ Application mobile/téléphonie (Grindr, Hotline, etc.) |
| ☐ École | ☐ Club échangiste | ☐ Internet (sites de rencontre) |
| ☐ Travail | ☐ Sauna | ☐ Internet (réseaux sociaux) |
| ☐ Parc/camping | ☐ Prison | ☐ Internet (sans précision) |
| ☐ Bar/club | ☐ Autres _____ | |

Commentaires : _____

avez-vous des partenaires anonymes? ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu

- ^M avez-vous eu des relations sexuelles avec quelqu'un qui réside habituellement à l'extérieur du Québec?
☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu

Si oui, étiez-vous en voyage à l'extérieur du Québec? ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu

- Si oui, quels pays avez-vous visités? _____
- Si oui, quel est le pays de résidence habituelle des partenaires? _____
- Sinon, est-ce que les partenaires étaient en visite au Québec?
☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu Pays de résidence habituelle de ces partenaires : _____

Toujours au cours des 12 derniers mois :

- est-ce que l'un de vos partenaires vous a dit qu'il avait :

Oui	Quand a-t-il été infecté?	Non	Inconnu
☐		☐	☐
☐		☐	☐
☐		☐	☐
☐		☐	☐
☐		☐	☐
- est-ce que vous avez eu des relations sexuelles avec :

Oui	Non	Inconnu
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐

3.4 Autres comportements à risque dans les 12 derniers mois

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous :

- utilisé le condom pendant vos relations sexuelles :

	Toujours	À l'occasion	Jamais	Inconnu	Ne s'applique pas
orales	☐	☐	☐	☐	☐
vaginales	☐	☐	☐	☐	☐
anales	☐	☐	☐	☐	☐
- § reçu de l'argent, des drogues, des cadeaux ou d'autres faveurs en échange de relations sexuelles?

Oui	Non	Inconnu
☐	☐	☐
- donné de l'argent, des drogues, des cadeaux ou d'autres faveurs en échange de relations sexuelles?

Oui	Non	Inconnu
☐	☐	☐
- eu des relations sexuelles sous l'effet de drogues ou d'alcool?

Oui	Non	Inconnu
☐	☐	☐
- consommé des drogues illicites (ex. : *ecstasy*, *hash/pot*, *cocaïne*)?

Oui	Non	Inconnu
☐	☐	☐

 - Si oui, quelles drogues?

☐ Hash/pot	☐ Ecstasy	☐ Speed	☐ Cocaïne/crack
☐ Héroïne	☐ Poppers	☐ Crystallmeth	☐ Autre, préciser :
 - § Si oui, les avez-vous consommées :

par injection?	☐ Oui	☐ Non	☐ Inconnu
par inhalation (paille, pipe en verre)?	☐ Oui	☐ Non	☐ Inconnu

Si oui, avez-vous partagé avec une autre personne le matériel de préparation, d'injection ou d'inhalation?

☐ Oui	☐ Non	☐ Inconnu
------------------------------	------------------------------	----------------------------------

Commentaires :

Section remplie par :

Date : / / (aaaa/mm/jj)

SECTION 4 – INTERVENTION PRÉVENTIVE AUPRÈS DU CAS-INDEX

4.1 Créer des conditions favorables au succès du traitement de l'infection

- ☐ Faire s'exprimer le cas-index à propos de ses connaissances et perceptions sur l'infection et les complications qui peuvent en découler, et lui fournir l'information complémentaire au besoin.
- ☐ Évaluer la possibilité d'une persistance de l'infection ou d'une réinfection advenant :
- ☐ l'apparition ou la persistance de symptômes (envisager la possibilité d'une cause autre qu'une infection);
 - ☐ une exposition récente à un partenaire non traité (dans les sept jours d'un traitement unidose OU avant la fin d'un traitement de sept jours et plus OU avant la disparition des symptômes) ou à un nouveau partenaire;
 - ☐ une infection causée par une souche résistante aux antibiotiques prescrits ou par d'autres agents pathogènes;
 - ☐ une mauvaise observance du traitement;
 - ☐ un traitement non conforme aux recommandations des [Guides sur le traitement pharmacologique des ITSS de l'INESSS](#) ou des [Lignes directrices canadiennes sur les ITS de l'ASPC](#);
Demander une évaluation clinique de contrôle, selon les recommandations des [Guides sur le traitement pharmacologique des ITSS de l'INESSS](#) ou des [Lignes directrices canadiennes sur les ITS de l'ASPC](#)? ☐ Oui ☐ Non
- ☐ Favoriser l'administration d'un traitement efficace par :
- ☐ la promotion de l'observance du traitement prescrit;
 - ☐ la promotion, au besoin, du programme de gratuité des médicaments contre les ITS.

4.2 Consolider le counseling préventif effectué en première ligne

- ☐ Faire s'exprimer le cas-index à propos de ses connaissances et perceptions sur le dépistage des ITSS et lui fournir l'information complémentaire au besoin.
- ☐ Évaluer s'il est indiqué de procéder au dépistage du VIH et des autres ITSS (co-infection, dépistage périodique).
- ☐ Promouvoir les comportements sécuritaires et soutenir l'adoption de ces comportements :
- ☐ en discutant avec le cas index des risques liés à ses comportements sexuels ou à ses habitudes de vie;
 - ☐ en l'aidant à identifier des comportements plus sécuritaires que les siens;
 - ☐ en décelant les obstacles à la prévention et en soutenant la recherche de solutions.
- ☐ Vérifier les besoins du cas-index, lui fournir de l'information sur les ressources pouvant répondre aux besoins qu'il a exprimés et l'orienter vers les ressources appropriées.
- ☐ Promouvoir l'immunisation contre l'hépatite A, l'hépatite B et les infections par le VPH, selon les indications du [Protocole d'immunisation du Québec](#).

Le cas-index fait-il partie de l'un ou l'autre des groupes ciblés pour la vaccination? VHA ☐ Oui ☐ Non ☐ Données insuffisantes

VHB ☒ Oui

VPH ☐ Oui ☐ Non ☐ Données insuffisantes

Vaccination antérieure du cas-index

	Oui	Non	Inconnu	Si oui, type de vaccin	Nombre de doses	Dernière dose (aaaa/mm/jj)
VHA	☐	☐	☐	_____	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	____ / ____ / ____
VHB	☐	☐	☐	_____	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	____ / ____ / ____
VPH	☐	☐	☐	_____	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	____ / ____ / ____

Vaccins recommandés	Vaccins administrés	Référence
VHA ☐ Oui ☐ Non ☐ Données insuffisantes	Nom du vaccin : _____ Nombre de doses : ____ Dates (aaaa/mm/jj) : ____ / ____ / ____	Préciser :
VHB ☐ Oui ☐ Non ☐ Données insuffisantes	Nom du vaccin : _____ Nombre de doses : ____ Dates (aaaa/mm/jj) : ____ / ____ / ____	Préciser :
VPH ☐ Oui ☐ Non ☐ Données insuffisantes	Nom du vaccin : _____ Nombre de doses : ____ Dates (aaaa/mm/jj) : ____ / ____ / ____	Préciser :

Commentaires : _____

Section remplie par : _____

Date : ____ / ____ / ____ (aaaa/mm/jj)

4.3 Soutenir la personne atteinte pour l'intervention préventive auprès de ses partenaires

- ☐ Sensibiliser le cas-index aux avantages qu'il peut tirer de l'intervention, notamment celui :
 - ☐ de faire diminuer son risque de réinfection;
 - ☐ d'être vu comme une personne responsable.
- ☐ Sensibiliser le cas-index à la responsabilité et à la solidarité sociale en évoquant, entre autres :
 - ☐ le droit des personnes exposées d'avoir accès aux mesures préventives appropriées;
 - ☐ les moyens de freiner la propagation de l'infection dans la communauté.
- ☐ Présenter au cas-index les différents services pouvant l'appuyer dans sa démarche et les mesures prises pour préserver la confidentialité des renseignements recueillis.

☐ Offre de soutien acceptée : ☐ remplir les sections 4.3.1, 4.3.2 et 5 ou	☐ diriger vers un service de soutien
☐ Offre de soutien refusée : ☐ raison du refus : _____	
☐ envoi de documentation : _____	
☐ relance, date prévue : ____ / ____ / ____ (aaaa/mm/jj) ☐ pas de relance	

4.3.1 Déterminer la période visée pour l'intervention : partenaires à joindre

Chancres mou

- Les partenaires qui ont eu un contact sexuel avec la personne infectée jusqu'à 14 jours avant le début des symptômes.
- Si tous les partenaires retracés ont des résultats négatifs, les partenaires rencontrés avant la période visée pour l'intervention pourraient être avisés.

Granulome inguinal

- Les partenaires qui ont eu un contact sexuel avec la personne infectée jusqu'à 60 jours avant le début des symptômes.
- Si tous les partenaires retracés ont des résultats négatifs, les partenaires rencontrés avant la période visée pour l'intervention pourraient être avisés.

Informations permettant de déterminer la période visée (voir les sections indiquées)

- Date du début des symptômes (section 2.2) : ____ / ____ / ____ (aaaa/mm/jj) ☐ N'a pas eu de symptômes
- Persistance des symptômes (section 2.2) : ☐ Oui ☐ Non ☐ N'a pas eu de symptômes
- Date du prélèvement (section 2.4) : ____ / ____ / ____ (aaaa/mm/jj)
- Date de la fin du traitement (section 2.6) : ____ / ____ / ____ (aaaa/mm/jj)
(dans le cas du traitement unidose, compter 7 jours après la date de l'administration du traitement)
- Date de la dernière visite de suivi, si pertinent (section 2.7) : ____ / ____ / ____ (aaaa/mm/jj)

PÉRIODE VISÉE

Du ____ / ____ / ____ (aaaa/mm/jj) au ____ / ____ / ____ (aaaa/mm/jj)

Nombre de partenaires sexuels à joindre (relations orales, vaginales ou anales) : _____

Commentaires : _____

Section remplie par : _____

Date : ____ / ____ / ____ (aaaa/mm/jj)

4.3.2 Identifier les partenaires à joindre, soit ceux de la période visée, allant du _____/_____/_____ (aaaa/mm/jj) au _____/_____/_____ (aaaa/mm/jj) (indiquer toutes les dates en aaaa/mm/jj)

Identification du partenaire						
No	Identifiant (prénom, nom, surnom, pseudonyme) : _____					
Age et sexe	Type de partenaire	Contexte de la rencontre		Type relations sexuelles		Dernière relation sexuelle
Age : _____ ☐ Féminin ☐ Masculin ☐ Autre : _____	☐ Conjoint ☐ Régulier ☐ Occasionnel ☐ Aventure ☐ Anonyme	☐ Amis/famille ☐ École ☐ Travail ☐ Parc/camping ☐ Bar/club ☐ Party privé	☐ Club échangiste ☐ Sauna ☐ Prison ☐ App. mobile/télep. ☐ Internet ☐ Autre : _____	☐ Orale ☐ Vaginale ☐ Anale	Protégée ☐ Non protégée ☐	Date : _____/_____/_____
Type d'entente						
☐ Déjà avisé ☐ Sera avisé par le cas-index (à relancer après 1 semaine) ☐ Orienté vers santé publique (inscrire n°dossier formulaire partenaire) ☐ Dossier à transférer : préciser dans commentaires						
Suivi de l'intervention auprès des partenaires						
Notification		Traitement		Dépistage		
Date du suivi: _____/_____/_____ ☐ Partenaire avisé, date : _____/_____/_____ ☐ Partenaire non avisé : demander raisons et préciser la nouvelle entente		☐ Traité, date : _____/_____/_____ ☐ Non traité ☐ Inconnu		☐ Dépisté, date : _____/_____/_____ Résultat : ☐ Positif ☐ Négatif ☐ Inconnu ☐ Non dépisté ☐ Inconnu		
Nouvelle entente						
☐ Cas index ☐ Santé publique (inscrire n°dossier formulaire partenaire) ☐ Autre : préciser						
Commentaires						

Identification du partenaire						
No	Identifiant (prénom, nom, surnom, pseudonyme) : _____					
Age et sexe	Type de partenaire	Contexte de la rencontre		Type relations sexuelles		Dernière relation sexuelle
Age : _____ ☐ Féminin ☐ Masculin ☐ Autre : _____	☐ Conjoint ☐ Régulier ☐ Occasionnel ☐ Aventure ☐ Anonyme	☐ Amis/famille ☐ École ☐ Travail ☐ Parc/camping ☐ Bar/club ☐ Party privé	☐ Club échangiste ☐ Sauna ☐ Prison ☐ App. mobile/télep. ☐ Internet ☐ Autre : _____	☐ Orale ☐ Vaginale ☐ Anale	Protégée ☐ Non protégée ☐	Date : _____/_____/_____
Type d'entente						
☐ Déjà avisé ☐ Sera avisé par le cas-index (à relancer après 1 semaine) ☐ Orienté vers santé publique (inscrire n°dossier formulaire partenaire) ☐ Dossier à transférer : préciser dans commentaires						
Suivi de l'intervention auprès des partenaires						
Notification		Traitement		Dépistage		
Date du suivi: _____/_____/_____ ☐ Partenaire avisé, date : _____/_____/_____ ☐ Partenaire non avisé : demander raisons et préciser la nouvelle entente		☐ Traité, date : _____/_____/_____ ☐ Non traité ☐ Inconnu		☐ Dépisté, date : _____/_____/_____ Résultat : ☐ Positif ☐ Négatif ☐ Inconnu ☐ Non dépisté ☐ Inconnu		
Nouvelle entente						
☐ Cas index ☐ Santé publique (inscrire n°dossier formulaire partenaire) ☐ Autre : préciser						
Commentaires						

Identification du partenaire					
No	Identifiant (prénom, nom, surnom, pseudonyme) : _____				
Age et sexe	Type de partenaire	Contexte de la rencontre		Type relations sexuelles	Dernière relation sexuelle
Age : _____ ☐ Féminin ☐ Masculin ☐ Autre : _____	☐ Conjoint ☐ Régulier ☐ Occasionnel ☐ Aventure ☐ Anonyme	☐ Amis/famille ☐ École ☐ Travail ☐ Parc/camping ☐ Bar/club ☐ Party privé	☐ Club échangiste ☐ Sauna ☐ Prison ☐ App. mobile/télep. ☐ Internet ☐ Autre : _____	Protégée ☐ Orale ☐ Vaginale ☐ Anale Non protégée ☐	Date : _____/_____/_____
Type d'entente					
☐ Déjà avisé ☐ Orienté vers santé publique (inscrire n°dossier formulaire partenaire)					
☐ Sera avisé par le cas-index (à relancer après 1 semaine) ☐ Dossier à transférer : préciser dans commentaires					
Suivi de l'intervention auprès des partenaires					
Notification		Traitement		Dépistage	
Date du suivi : _____/_____/_____ ☐ Partenaire avisé, date : _____/_____/_____ ☐ Partenaire non avisé : demander raisons et préciser la nouvelle entente		☐ Traité, date : _____/_____/_____ ☐ Non traité ☐ Inconnu		☐ Dépisté, date : _____/_____/_____ Résultat : ☐ Positif ☐ Négatif ☐ Inconnu ☐ Non dépisté ☐ Inconnu	
Nouvelle entente					
☐ Cas index ☐ Santé publique (inscrire n°dossier formulaire partenaire) ☐ Autre : préciser					
Commentaires					

Identification du partenaire					
No	Identifiant (prénom, nom, surnom, pseudonyme) : _____				
Age et sexe	Type de partenaire	Contexte de la rencontre		Type relations sexuelles	Dernière relation sexuelle
Age : _____ ☐ Féminin ☐ Masculin ☐ Autre : _____	☐ Conjoint ☐ Régulier ☐ Occasionnel ☐ Aventure ☐ Anonyme	☐ Amis/famille ☐ École ☐ Travail ☐ Parc/camping ☐ Bar/club ☐ Party privé	☐ Club échangiste ☐ Sauna ☐ Prison ☐ App. mobile/télep. ☐ Internet ☐ Autre : _____	Protégée ☐ Orale ☐ Vaginale ☐ Anale Non protégée ☐	Date : _____/_____/_____
Type d'entente					
☐ Déjà avisé ☐ Orienté vers santé publique (inscrire n°dossier formulaire partenaire)					
☐ Sera avisé par le cas-index (à relancer après 1 semaine) ☐ Dossier à transférer : préciser dans commentaires					
Suivi de l'intervention auprès des partenaires					
Notification		Traitement		Dépistage	
Date du suivi : _____/_____/_____ ☐ Partenaire avisé, date : _____/_____/_____ ☐ Partenaire non avisé : demander raisons et préciser la nouvelle entente		☐ Traité, date : _____/_____/_____ ☐ Non traité ☐ Inconnu		☐ Dépisté, date : _____/_____/_____ Résultat : ☐ Positif ☐ Négatif ☐ Inconnu ☐ Non dépisté ☐ Inconnu	
Nouvelle entente					
☐ Cas index ☐ Santé publique (inscrire n°dossier formulaire partenaire) ☐ Autre : préciser					
Commentaires					

SECTION 5 – BILAN DE L'IPPAP

Nombre de partenaires devant être joints pour l'IPPAP : _____

En fonction de la période de contagiosité et de l'ITSS en cause

Nombre de partenaires joints	Nombre de partenaires évalués ou dépistés	Nombre de partenaires traités
par le cas index : avant l'intervention de la santé publique : _____ après l'intervention de la santé publique : _____	Selon les informations fournies par le cas index : _____	Selon les informations fournies par le cas index : _____
par le professionnel de santé publique : _____	Selon l'information recueillie par le professionnel de santé publique lorsqu'un suivi auprès des partenaires est nécessaire : _____	Selon l'information recueillie par le professionnel de santé publique lorsqu'un suivi auprès des partenaires est nécessaire : _____
Total : _____	Total : _____	Total : _____

Nombre de partenaires n'ayant pu être joints pour l'IPPAP : _____

Raisons pour lesquelles les partenaires n'ont pu être joints :

- ☐ Partenaires anonymes, préciser le nombre : _____
- ☐ Refus du cas-index, préciser pour combien de partenaires : _____
- ☐ Pas de coordonnées disponibles, préciser le nombre : _____
- ☐ Cas perdus pour le suivi, préciser le nombre : _____
- ☐ Autre, préciser le nombre et les raisons : _____

Date de fermeture du dossier : _____ / _____ / _____ (aaaa/mm/jj)

Signature : _____

AIDE-MÉMOIRE¹³

Validation de la classification des cas déclarés de chancre mou et de granulome inguinal

1. Chancre mou

Cas confirmé

Manifestations cliniques compatibles et isolement d'*Hæmophilus ducreyi* dans un échantillon clinique approprié.

Cas probable

Manifestations cliniques compatibles et présence des trois conditions suivantes :

- 1) un ou plusieurs ulcères génitaux douloureux; **et**
- 2) aucune évidence d'infection à *Treponema pallidum* à l'examen sur fond noir de l'exsudat de l'ulcère ou à l'épreuve sérologique pour la syphilis effectuée au moins trois semaines après l'apparition des ulcères; **et**
- 3) aucune évidence d'infection à *Herpes simplex* d'après la présentation clinique des ulcères ou la culture négative.

2. Granulome inguinal

Cas confirmé

Manifestations cliniques compatibles et détection de corps de Donovan sur un frottis ou une biopsie de tissus de granulation après coloration de Wright ou de Giemsa.

13. Tiré de MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Surveillance des maladies à déclaration obligatoire au Québec : Maladies d'origine infectieuse – Définitions nosologiques*, 9^e édition, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2012, p. 24 et 48.

ABRÉVIATIONS UTILISÉES DANS LE QUESTIONNAIRE

BID	<i>Bis in die</i> (deux fois par jour)
C.-I.	Cas-index
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DRSP	Direction régionale de santé publique
Ex.	Exemple
IM	Intramusculaire
Inf.	Infirmière ou infirmier
IPPAP	Intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une infection transmissible sexuellement et auprès de leurs partenaires
ITS	Infection transmissible sexuellement
ITSS	Infection transmissible sexuellement et par le sang
MADO	Maladie à déclaration obligatoire
M.D.	<i>Medicinae doctor</i> (docteur ou docteure en médecine)
Nº	Numéro
PO	<i>Per os</i> (« par la bouche », voie orale)
QID	<i>Quatro in die</i> (quatre fois par jour)
Tél.	Téléphone
TID	<i>Ter in die</i> (trois fois par jour)

LÉGENDE

- ^M Variable retenue aux fins de la vigie provinciale, pouvant être saisie dans le fichier MADO et utilisées dans les compilations provinciales.
- [§] Variable retenue aux fins de la vigie provinciale (visée par la proposition de modification réglementaire découlant de l'article 51.1 de la Loi sur la santé publique) mais ne pouvant être saisie dans le fichier MADO pour l'instant (demanderait d'apporter des modifications aux écrans saisie).
- [¥] Variable pouvant être saisie dans le fichier MADO mais non accessible ou non retenue aux fins de la vigie provinciale.

Formulaire relatif à l'enquête épidémiologique effectuée à la suite d'une déclaration d'infection transmissible sexuellement à déclaration obligatoire

☐ Syphilis congénitale

SECTION 1 – DÉCLARATION ET GESTION

1.1 Numéros de dossier et date de l'épisode

^M Date de l'épisode : ____ / ____ / ____ (aaaa/mm/jj)

^S N° MADO régional : _____

^M N° MADO dépersonnalisé : _____

1.2 § Origine de la déclaration

☐ M.D. déclarant, nom : _____ N° permis : _____ Tél. : (____) ____ - _____

☐ M.D. traitant (si différent), nom : _____ N° permis : _____ Tél. : (____) ____ - _____

☐ Infirmière déclarante, nom : _____ N° permis : _____ Tél. : (____) ____ - _____

☐ Laboratoire déclarant, nom : _____ Code : | | | | | | | | Tél. : (____) ____ - _____

1.3 Informations sur le cas-index

Données sur le nouveau-né

^S Prénom : _____ ^S Nom : _____

^M Âge : _____ ^M Date de naissance : ____ / ____ / ____ ☐ Date inconnue
(aaaa/mm/jj)

^M Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin ☐ Inconnu ☐ Autre, préciser : _____

^S Pays de naissance : ☐ Canada ☐ Autre, préciser : _____ ☐ Inconnu

Si pays autre, date d'arrivée au Canada : ____ / ____ / ____ (aaaa/mm/jj) ☐ Date d'arrivée inconnue

^M Région sociosanitaire de résidence : _____

^M CSSS de résidence : _____

^S Adresse : _____

^S Code postal : | | | | | | | |

Coordonnées des parents

	Mère	Père
Nom, prénom	_____	_____
Adresse complète si différente du cas index	_____ _____ _____	_____ _____ _____
Téléphone	Maison : (____) ____ - ____ Travail : (____) ____ - ____ Cellulaire : (____) ____ - ____	Maison : (____) ____ - ____ Travail : (____) ____ - ____ Cellulaire : (____) ____ - ____
Autre information (ex. : courriel)	_____	_____

Identification de la mère

N° MADO de la mère : _____ Nom du médecin de la mère : _____

N° permis : _____ Tél. : (____) ____ - ____

1.4 Gestion interne du dossier

Nom de l'enquêteur : _____ ☐ DRSP, préciser : _____

☐ CSSS, préciser : _____

☐ Autre établissement, préciser : _____

N° de dossier attribué par le CSSS ou l'établissement qui fait l'enquête : _____

Autre n° de dossier, préciser : _____

Date d'ouverture du dossier : ____ / ____ / ____ (aaaa/mm/jj)

Enquête réalisée auprès : ☐ du père ☐ de la mère ☐ du tuteur ☐ du M.D. ☐ de l'inf.

☐ autre, préciser : _____

Enquête non complétée auprès des parents ou du tuteur : ☐ Refus des parents ou du tuteur

☐ Barrière de langage ☐ Cas perdu pour le suivi ☐ Autre, préciser : _____

Suivi concernant l'intervention (si pertinent)

Prévu le : ____ / ____ / ____ (aaaa/mm/jj) Date réalisée : ____ / ____ / ____ (aaaa/mm/jj)

Notes pour le suivi du dossier

Intervention	Date	Commentaires	Initiales

SECTION 2 – DONNÉES CLINIQUES

Nouveau-né (cas-index)

2.1 Raison du test de détection

☐ § Symptômes et diagnostic ☐ Diagnostic de syphilis chez la mère (ex. : test positif)

☐ Autre, préciser : _____ ☐ Inconnue

2.2 Historique des symptômes et signes cliniques ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu

Si oui, cocher les § symptômes et préciser la date du début des symptômes :

Symptômes ou signes (à titre indicatif seulement)

Date du début (aaaa/mm/jj)

☐ Lésions muco-cutanées (rash et ou rhinite)	____ / ____ / ____
☐ Hépatosplénomégalie	____ / ____ / ____
☐ Lymphadénopathie généralisée	____ / ____ / ____
☐ Ostéochondrie	____ / ____ / ____
☐ Malformations osseuses	____ / ____ / ____
☐ Anomalies du système nerveux central	____ / ____ / ____
☐ Anomalies hématologiques	____ / ____ / ____
☐ Atteinte oculaire	____ / ____ / ____
☐ Surdité – Kératite interstitielle – anomalies dentaires (triade de Hutchinson)	____ / ____ / ____
☐ Autre, préciser : _____	____ / ____ / ____

Description du tableau clinique ou commentaires (compléter au verso si nécessaire) :

2.3 Nature des spécimens¹⁴ prélevés chez le nouveau-né^M et 2.4 résultats^M

Nature/site	Date du prélèvement ^M aaaa/mm/jj	Tests non tréponémiques			Tests tréponémiques				Épreuves directes
		VDRL	TRUST	RPR	EIA	INNO-LIA	TP-PA	Autre, préciser : _____	
☐ Sang veineux	___ / ___ / ___	☐ Non réactif ☐ Réactif Titre : _____	☐ Non réactif ☐ Réactif Titre : _____	☐ Non réactif ☐ Réactif Titre : _____	☐ Non réactif ☐ Réactif	☐ Non réactif ☐ Réactif	☐ Non réactif ☐ Réactif	☐ Microscopie positive (fond noir, DFA-TP)	
☐ LOR	___ / ___ / ___	☐ Non réactif ☐ Réactif Titre : _____	☐ Non réactif ☐ Réactif Titre : _____	☐ Non réactif ☐ Réactif Titre : _____	☐ Non réactif ☐ Réactif	☐ Non réactif ☐ Réactif	☐ Non réactif ☐ Réactif		
☐ Sang cordon	___ / ___ / ___	☐ Non réactif ☐ Réactif Titre : _____	☐ Non réactif ☐ Réactif Titre : _____	☐ Non réactif ☐ Réactif Titre : _____	☐ Non réactif ☐ Réactif	☐ Non réactif ☐ Réactif	☐ Non réactif ☐ Réactif		
☐ Tissu, préciser : _____	___ / ___ / ___	☐ Non réactif ☐ Réactif Titre : _____	☐ Non réactif ☐ Réactif Titre : _____	☐ Non réactif ☐ Réactif Titre : _____	☐ Non réactif ☐ Réactif	☐ Non réactif ☐ Réactif	☐ Non réactif ☐ Réactif		
☐ Autre, préciser : _____	___ / ___ / ___	☐ Non réactif ☐ Réactif Titre : _____	☐ Non réactif ☐ Réactif Titre : _____	☐ Non réactif ☐ Réactif Titre : _____	☐ Non réactif ☐ Réactif	☐ Non réactif ☐ Réactif	☐ Non réactif ☐ Réactif		
☐ Inconnu ou non spécifié	___ / ___ / ___	☐ Non réactif ☐ Réactif Titre : _____	☐ Non réactif ☐ Réactif Titre : _____	☐ Non réactif ☐ Réactif Titre : _____	☐ Non réactif ☐ Réactif	☐ Non réactif ☐ Réactif	☐ Non réactif ☐ Réactif		

Autre, préciser : _____

Tests additionnels sur LCR : ☐ Protéinorachie élevée ☐ Pléocytose ☐ Autre, préciser : _____

14. L'énumération des spécimens ne vise qu'à prendre en note les informations disponibles et ne constitue aucunement une recommandation quant aux prélèvements à effectuer ni quant aux méthodes à privilégier.

2.5 ITSS concomitantes (généralement non pertinent)

2.6 § Traitement prescrit (se référer aux [Lignes directrices canadiennes sur les ITS de l'ASPC](#) pour le traitement de la syphilis congénitale)

☐ Pénicilline G cristalline IV, dose : _____ Début : _____ / _____ / _____

Fin : _____ / _____ / _____

☐ Autre, préciser _____ Début : _____ / _____ / _____

Fin : _____ / _____ / _____

☐ Commentaires : _____

2.7 Suivi (visite de contrôle) (si pertinente. Se référer au [Guides sur le traitement pharmacologique des ITSS de l'INESSS](#) et aux [Lignes directrices canadiennes sur les ITS de l'ASPC](#).)

☐ Fait _____ / _____ / _____ (aaaa/mm/jj) ☐ Planifié _____ / _____ / _____ (aaaa/mm/jj) ☐ Non prévu ☐ Inconnu

Commentaires : _____

Section remplie par : _____ Date : _____ / _____ / _____ (aaaa/mm/jj)

Mère du cas-index (nouveau-né)

Diagnostic de syphilis chez la mère ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu

Si oui, préciser la date du diagnostic, le stade de l'infection, la validation du cas et le traitement.

Date du diagnostic _____ / _____ / _____ (aaaa/mm/jj)

Stade de l'infection

☐ Syphilis primaire ☐ Syphilis secondaire ☐ Syphilis latente précoce ☐ Neurosyphilis

☐ Syphilis tertiaire autre ☐ Syphilis non précisée

Validation du cas ☐ Confirmé ☐ Non confirmé ☐ En suspens

Traitement de la mère

Dates (aaaa/mm/jj)

☐ Pénicilline G benzathine 2,4 millions U.I. x 1 dose _____ / _____ / _____

☐ Pénicilline G benzathine 2,4 millions U.I. x 3 dose Dose 1 _____ / _____ / _____

Dose 2 _____ / _____ / _____

Dose 3 _____ / _____ / _____

☐ Pénicilline G cristalline IV – Début : _____ / _____ / _____

Dose : _____ Durée : _____ Fin : _____ / _____ / _____

☐ Autre, préciser : _____ Début : _____ / _____ / _____

Fin : _____ / _____ / _____

☐ Inconnu

Suivi de la mère au cours de la grossesse ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu

Si oui, indiquer le type et le nom du professionnel, le nombre de visites prénatales, la date de la dernière visite et les tests de dépistage.

☐ Médecin : _____

☐ Sage-femme : _____

☐ Autre, préciser : _____

Nombre de visites prénatales : _____

Date dernière visite prénatale : _____ / _____ / _____

Dépistage réalisé en cours de grossesse ☐ VIH ☐ syphilis ☐ VHB

ITSS concomitante (cocher toutes les ITS diagnostiquées en même temps que la syphilis)

	Oui	Non	Inconnu
Infection à <i>Chlamydia trachomatis</i>	☐	☐	☐
Infection gonococcique	☐	☐	☐
Hépatite B	☐	☐	☐
Hépatite C	☐	☐	☐
Autre, préciser : _____	☐	☐	☐

Commentaires : _____

SECTION 3 – FACTEURS DE RISQUE

3.1 Contexte obstétrical

Si possible, indiquer les facteurs ou circonstances qui auraient pu contribuer à la survenue de la transmission verticale pour ce cas.

- ☐ Absence de suivi obstétrical
- ☐ Problèmes identifiés au niveau du suivi obstétrical (préciser dans la section commentaires ci-après)
- ☐ Immigration récente
- ☐ Absence de dépistage prénatal de la syphilis
- ☐ Absence de suivi d'un résultat positif
- ☐ Exposition/infection en cours de grossesse non détectée
- ☐ Échec de traitement chez la mère (préciser dans la section commentaires ci-après)
- ☐ Autre, préciser : _____
- ☐ Inconnu

Commentaires : _____

3.2 Facteurs de risque de la mère Ces informations sont généralement tirées de la section 3 de l'enquête épidémiologique réalisée auprès de la mère. Procéder à l'enquête de la mère, puis reconduire les facteurs de risque identifiés dans ce tableau.

Facteurs de risque	Oui	Non	Inconnu
Originaire d'un pays ou région endémique pour la syphilis (voir annexe 3)	☐	☐	☐
Avoir déjà eu une ITS dans le passé. Laquelle ou lesquelles? _____ Quand ont-elles été détectées? _____	☐	☐	☐

Au cours des 12 derniers mois :	Oui	Non	Inconnu
Avoir eu des relations sexuelles sous l'effet de drogues ou d'alcool	☐	☐	☐
Avoir reçu de l'argent, cadeaux, drogues pour relations sexuelles	☐	☐	☐
Avoir donné de l'argent, cadeaux, drogues pour relations sexuelles	☐	☐	☐
Consommation de drogues illicites. Lesquelles : _____	☐	☐	☐
Consommation de drogues par injection ou inhalation	☐	☐	☐
Avoir eu plus de trois partenaires	☐	☐	☐
Avoir eu des partenaires anonymes/inconnus	☐	☐	☐
Avoir eu des relations sexuelles avec un partenaire originaire d'une région où la syphilis est endémique (voir annexe 3)	☐	☐	☐
Être un contact connu d'un cas d'ITS, préciser : _____	☐	☐	☐
Avoir eu des relations sexuelles avec une personne présentant d'autres facteurs de risque (HARSAH, consommation de drogues, échange d'argent/drogue pour relations sexuelles, multiples partenaires, relations sexuelles à l'étranger)	☐	☐	☐

SECTION 4 – INTERVENTION PRÉVENTIVE

Mère du cas-index

Ces informations sont généralement de l'enquête épidémiologique réalisée auprès de la mère. Procéder à l'enquête de la mère, puis résumer l'intervention préventive dans ce tableau.

	Fait	Non fait	Non pertinent	Inconnu
Information sur la syphilis	☐	☐	☐	☐
Counselling préventif	☐	☐	☐	☐
Offre de vaccination contre les hépatites A et B	☐	☐	☐	☐
Dépistage ITSS selon indications	☐	☐	☐	☐
Intervention préventive auprès des partenaires	☐	☐	☐	☐
Commentaires				

Relativement au cas index (nouveau-né)

- ☐ Promotion de l'application des lignes directrices de traitement et de suivi auprès du médecin
 - ☐ Non requis (traitement adéquat administré et suivi prévu)
 - ☐ Discussion verbale
 - ☐ Envoi de documents (copie de lignes directrices, ou autres) précisez dans commentaires
- ☐ Promotion de l'observance au traitement et au suivi médical auprès de la mère

Commentaires sur l'intervention préventive (ex. : intervention auprès du père ou du conjoint de la mère, particularités sur le contexte ou le suivi)

AIDE-MÉMOIRE

Validation de la classification des cas déclarés de syphilis congénitale¹⁵

Cas confirmé

Chez un nourrisson ou chez un enfant mort-né, observation de *Treponema pallidum* dans un échantillon clinique (prélèvements du placenta, du cordon ombilical, d'exsudat nasal ou de lésions cutanées) ou dans du matériel d'autopsie par un examen microscopique avec coloration appropriée ou à l'aide d'anticorps fluorescents (DFA-TP).

OU

Chez un nouveau-né ou un nourrisson, présence des trois conditions suivantes :

- 1) détection sérologique d'une infection à *Treponema pallidum* par des tests non tréponémiques (VDRL, RPR, TRUST ou autres) et tréponémiques (TP-PA, FTA-ABS-DS, MHA-TP, EIA, INNO-LIA ou autres tests reconnus) dans du sang veineux (et non du sang de cordon ombilical); **et**
- 2) manifestations cliniques, biochimiques ou radiologiques de syphilis congénitale compatibles au niveau du système cardiovasculaire, osseux ou cutané en l'absence d'autres causes; *et*
- 3) absence de traitement adéquat chez la mère.

Cas probable

Chez un nouveau-né ou un nourrisson, en l'absence de manifestations cliniques, biochimiques ou radiologiques de syphilis congénitale compatibles, présence des deux conditions suivantes :

- 1) détection sérologique d'une infection à *Treponema pallidum* par des tests non tréponémiques (VDRL, RPR, TRUST ou autres) et tréponémiques (TP-PA, FTA-ABS-DS, MHA-TP, EIA, INNO-LIA ou autres tests reconnus) dans du sang veineux (et non du sang de cordon ombilical); **et**
- 2) absence de traitement adéquat chez la mère.

15. Tiré de MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Surveillance des maladies à déclaration obligatoire au Québec : Maladies d'origine infectieuse – Définitions nosologiques*, 9^e édition, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2012, p. 108.

ABRÉVIATIONS UTILISÉES

ASPC	Agence de la santé publique du Canada
BID	<i>Bis in die</i> (deux fois par jour)
C.-I.	Cas-index
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DFA-TP	<i>Direct Fluorescent Antibody Test for Treponema pallidum</i>
DRSP	Direction régionale de santé publique
EIA	<i>Enzymoimmunoassay</i>
Ex.	Exemple
FTA-ABS-DS	<i>Fluorescent Treponemal Antibody Absorption Test</i>
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
Inf.	Infirmière ou infirmier
INNO-LIA	<i>Immunoline Assay</i>
IPPAP	Intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une infection transmissible sexuellement et auprès de leurs partenaires
ITS	Infection transmissible sexuellement
ITSS	Infection transmissible sexuellement et par le sang
LCR	Liquide céphalo-rachidien
MADO	Maladie à déclaration obligatoire
M.D.	<i>Medicinae doctor</i> (docteur ou docteure en médecine)
MHA-TP	<i>Microhemagglutination Assay</i>
Nº	Numéro
RPR	<i>Rapid plasma reagin</i>
TAAN	Test d'amplification d'acides nucléiques
Tél.	Téléphone
TP-PA	<i>Treponema pallidum Particle Agglutination Assay</i>
TRUST	Épreuve de flocculation à l'antigène lipidique et au rouge de Toluidine
VDRL	<i>Veneral Disease Research Laboratory</i>

LÉGENDE

- ^M Variable retenue aux fins de la vigie provinciale, pouvant être saisie dans le fichier MADO et utilisées dans les compilations provinciales.
- [§] Variable retenue aux fins de la vigie provinciale (visée par la proposition de modification réglementaire découlant de l'article 51.1 de la Loi sur la santé publique) mais ne pouvant être saisie dans le fichier MADO pour l'instant (demanderait d'apporter des modifications aux écrans saisie).
- [¥] Variable pouvant être saisie dans le fichier MADO mais non accessible ou non retenue aux fins de la vigie provinciale.

Annexe 8B : Guide d'utilisation des formulaires relatifs à l'enquête épidémiologique effectuée à la suite d'une déclaration d'infection transmissible sexuellement à déclaration obligatoire

Le présent guide propose un aide-mémoire pour l'entrevue que le professionnel de santé publique mène auprès du cas-index, soit ici la personne atteinte d'une infection transmissible sexuellement à déclaration obligatoire (ITS-MADO). Ce guide traite d'abord du déroulement de l'entrevue, scindée en huit étapes, puis du formulaire relatif à l'enquête épidémiologique effectuée à la suite d'une déclaration d'ITS-MADO, incluant l'intervention préventive auprès de la personne atteinte et de ses partenaires (IPPAP). Il donne les objectifs de chacune des sections du formulaire, explique certaines variables et fournit des pistes pour l'intervention.

PREMIÈRE PARTIE : DÉROULEMENT DE L'ENTREVUE TÉLÉPHONIQUE AVEC LE CAS-INDEX (à adapter pour une entrevue face à face)

L'entrevue est divisée arbitrairement en huit étapes à seule fin d'en faciliter la présentation. Le déroulement de l'entretien variera selon le contexte et la réaction du cas-index. Parfois, il peut être tout aussi efficace de laisser celui-ci s'exprimer librement et de noter au fur et à mesure les informations données, quitte à les ordonner par la suite. Cependant, le professionnel de santé publique doit se sentir suffisamment à l'aise de procéder ainsi et avoir assez d'expérience pour déceler les informations pertinentes à l'enquête épidémiologique dans les propos du cas-index.

Tout au long de l'entretien, le professionnel :

- garantira la confidentialité des propos ;
- répondra honnêtement aux questions de la personne ;
- sera attentif aux réactions de cette personne quant à l'information qui lui est transmise et lui donnera l'occasion de manifester tant ses émotions que ses inquiétudes.

1^{re} étape : S'identifier

- Se nommer.
- Mentionner le nom de l'établissement pour lequel on travaille.

À ce moment-ci, il importe de ne pas préciser encore le nom du service afin de ne pas aiguiller l'interlocuteur sur la raison particulière pour laquelle le professionnel de santé publique désire parler à la personne à qui il téléphone (ce peut être quelqu'un d'autre qui répond).

Par exemple :

Bonjour, je voudrais parler à monsieur (ou madame) _____ (prénom et nom du cas-index). Je m'appelle (votre prénom et votre nom). Je suis infirmière à _____ (nom de l'établissement). Je vous appelle pour discuter avec vous d'une information personnelle et confidentielle.

2^e étape : Vérifier l'identité de l'interlocuteur

- S'assurer qu'il s'agit de la bonne personne en vérifiant, notamment :
 - si l'âge ou la date de naissance concordent avec les informations inscrites dans le dossier (il peut arriver que deux personnes aient le même prénom dans une résidence) ;
 - si l'adresse correspond à l'information dont on dispose.

Par exemple :

Comme j'ai à vous transmettre de l'information confidentielle, je voudrais m'assurer que vous êtes bien monsieur (ou madame) _____. Pouvez-vous me donner (selon les renseignements que l'on a) votre date de naissance, votre adresse ?

- Selon le contexte, on vérifiera certains ou l'ensemble des éléments disponibles.

Si la personne peut parfois se sentir agressée ou irritée par cette façon de faire, celle-ci donne à penser que le respect de la confidentialité est important.

3^e étape : Garantir la confidentialité de l'entretien

- Prendre les mesures pour que l'entretien se fasse en privé.
- Vérifier si la personne peut parler librement ; sinon, planifier un rendez-vous. Il faut alors s'entendre avec la personne sur le meilleur moment pour la joindre et s'informer du numéro de téléphone à utiliser pour ce faire.

Par exemple :

Je travaille au _____ (nom de l'établissement) en santé/sexualité. Ce que j'ai à vous dire est confidentiel. Est-ce que vous pouvez me parler maintenant ? Êtes-vous seul au téléphone ? Y a-t-il des gens autour de vous ?

- Sinon : *Quand et à quel numéro puis-je vous rappeler ?*
- S'il n'est pas possible pour la personne de parler librement et qu'un rendez-vous est fixé, inscrire cette information à la sous-section 1.4, « Gestion interne du dossier ».

4^e étape : Préciser le motif de l'appel

- Expliquer le contexte et la légitimité de l'appel.
- Expliquer la raison d'être de l'intervention préventive, qui permet d'éviter :
 - les conséquences sérieuses d'une infection non traitée,
 - les risques de réinfection,
 - la transmission de l'infection à une autre personne,
 - l'évolution de cette infection vers des complications, même si la personne atteinte demeure asymptomatique.

Par exemple :

Au Québec, la _____ (infection du cas-index) est une infection qui, comme la méningite ou plusieurs autres maladies infectieuses, est d'emblée signalée au personnel de la santé publique, dont je fais partie. C'est ainsi que j'ai été avisé que vous aviez eu un test positif pour la _____ (infection du cas-index). Je

communiqué avec vous pour m'assurer que vous ayez reçu toute l'information et les soins nécessaires pour que vous n'ayez pas de complication de cette infection et pour prévenir une nouvelle infection. De plus, je veux vous aider à faire en sorte d'éviter que l'infection se propage à d'autres personnes.

5^e étape : Expliquer le déroulement de l'entrevue

- Donner à la personne une estimation de la durée de l'entrevue.
- Lui expliquer que plusieurs questions lui seront posées pour éclairer sa situation et lui offrir une intervention adaptée à ses besoins.
- Lui expliquer qu'elle est libre de répondre ou non à chaque question.
- Lui rappeler que les informations sont et resteront confidentielles.

Par exemple :

Notre entretien devrait durer entre 10 et 30 minutes. Comme chaque cas est unique, je vais d'abord vous poser quelques questions auxquelles vous êtes libre de répondre ou non. Vos réponses demeureront confidentielles et vont me permettre de vous proposer ensuite un service adapté à vos besoins. Si vous avez des questions ou des inquiétudes, il me fera plaisir d'y répondre de mon mieux.

6^e étape : Recueillir les renseignements

- Utiliser le formulaire relatif à l'enquête épidémiologique comme guide.
- Au besoin, rappeler à la personne qu'elle n'est pas obligée de répondre à l'une ou l'autre des questions et que le but est de lui fournir les services le mieux adaptés possible à sa situation particulière.
- Présenter chaque série de questions.

Par exemple :

Avant de remplir la section 1 : Je dois d'abord vous poser quelques questions de routine.

Avant de remplir la section 2 : J'ai quelques questions sur votre état de santé et sur les soins que vous avez reçus.

Avant de remplir la section 3 : Je vais maintenant vous poser des questions sur des comportements ou des circonstances qui pourraient faire en sorte que vous risquez d'avoir à nouveau une infection transmissible sexuellement.

7^e étape : Procéder à l'intervention préventive auprès du cas-index

- Utiliser la section 4 du formulaire comme guide.
- Présenter au cas-index l'intervention préventive qui sera éventuellement effectuée auprès de ses partenaires et lui expliquer le rôle ainsi que la responsabilité du réseau de la santé publique dans le cadre de cette intervention.

8^e étape : Conclure l'intervention

- Garantir sa disponibilité ou celle de son service pour répondre aux besoins ultérieurs de la personne.

Par exemple :

N'hésitez pas à me rappeler si vous avez des questions. Mon numéro est le _____ (donner le numéro de téléphone de l'établissement). Maintenant, si j'ai à vous rappeler, est-ce que je compose le numéro auquel je vous ai joint ou un autre numéro ?

- Remplir les formulaires à l'aide des guides d'utilisation, au besoin.
- Inscrire toute information complémentaire pour le suivi du dossier aux endroits prévus à cet effet dans les formulaires.

DEUXIÈME PARTIE : EXPLICATIONS SUR LE FORMULAIRE

Le formulaire relatif à l'enquête épidémiologique effectuée à la suite d'une déclaration d'ITS-MADO est produit sous quatre modèles, selon l'infection déclarée (infection à *Chlamydia trachomatis* et infection gonococcique ; syphilis ; lymphogranulomatose vénérienne ; chancre mou et granulome inguinal). Plusieurs parties sont communes à tous les modèles et certaines sont propres à l'un ou à l'autre, en fonction des renseignements à recueillir. Un modèle pour la syphilis congénitale est également proposé.

De façon générale, il faut cocher la case « Inconnu » lorsque l'information n'a pu être obtenue (par exemple, le cas-index ne veut pas répondre à une question ou la question ne lui a pas été posée).

Section 1 – Déclaration et gestion

La première section du formulaire sert à consigner :

- toutes les informations requises pour la gestion de l'enquête épidémiologique ;
- des données sociodémographiques de base sur le cas-index.

Cette section peut être remplie chaque fois qu'une déclaration d'ITS-MADO est faite.

- **Cocher l'infection (MADO) du cas-index** (en haut, à droite).

1.1 Numéros de dossier et date de l'épisode

- **Inscrire la date de l'épisode**, soit celle qui est inscrite dans le fichier MADO (date de réception de la déclaration).
- **Inscrire les numéros MADO** :
 - le numéro MADO **régional**, qui sert à la gestion locale des enquêtes, est lié aux données nominatives et n'est accessible qu'au niveau régional ;
 - le numéro MADO **dépersonnalisé** n'a aucun lien avec les données nominatives relatives au cas et est accessible au niveau provincial.

1.2 Origine de la déclaration

- **Le nom de tous les déclarants** permet d'identifier la ou les sources de la déclaration.
- **Le numéro de permis** n'est pas obligatoire, mais il peut permettre de faire la distinction entre des médecins et des infirmières ou infirmiers ayant le même nom.

- **Le numéro de téléphone** du médecin ou de l'infirmière est quant à lui habituellement nécessaire (par exemple, pour valider le cas ou demander des renseignements manquants à la déclaration).
- **Le code de laboratoire** fait référence aux codes utilisés dans le fichier MADO.

1.3 Informations sur le cas-index

Inscrire ou préciser les éléments suivants :

- **le prénom et le nom** de la personne ;
- **l'âge et la date de naissance** : les quatre chiffres de l'année de naissance doivent être écrits pour distinguer une personne née en 1912 d'une personne née en 2012 ;
- **le sexe** :
 - cocher « Inconnu » si le sexe est inconnu ou impossible à déterminer,
 - cocher « Transsexuelle homme-femme » si le sexe original (chromosomique ou biologique) est masculin et que les étapes de la transformation pour devenir une femme (traitement hormonal et chirurgie de réattribution sexuelle) sont complétées^a,
 - cocher « Transsexuel femme-homme » si le sexe original (chromosomique ou biologique) est féminin et que les étapes de la transformation pour devenir un homme (traitement hormonal et chirurgie de réattribution sexuelle) sont complétées^b,
 - cocher « Autre » et préciser si une autre catégorie ressort au cours de l'entretien ;
- **le pays de naissance** : cette variable permet de constater la prépondérance de l'infection dans une sous-population pour laquelle une intervention ciblée pourrait s'avérer nécessaire. Elle indique, de manière approximative et imparfaite, l'origine ethnoculturelle. Le cas échéant, préciser le pays de naissance et la date d'arrivée au Canada. Si l'arrivée est récente (dans les 12 derniers mois), préciser la date, sinon l'année suffit ;
- **l'origine ethnoculturelle** : cette variable permet de documenter l'incidence de l'infection au sein de populations ou de communautés en particulier et, au besoin, de concevoir des interventions préventives ciblées qui mettent l'accent sur des aspects tels que la sensibilisation des cliniciens au traitement adéquat, une notification des partenaires intensive ou la sensibilisation de la population particulièrement touchée. Par exemple, il faut recueillir des données sur le nombre de cas d'ITS-MADO déclarés chez les autochtones (Premières Nations, Métis et Inuits) pour pouvoir élaborer, implanter et évaluer des programmes de prévention adaptés à ces personnes.

L'information sur l'origine ethnoculturelle est basée sur un sentiment d'appartenance, et non pas sur la race ou le pays de naissance. Comme il s'agit en quelque sorte d'une perception, la subjectivité est inévitable.

a. Définitions tirées de MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Surveillance des maladies à déclaration obligatoire au Québec : Guide de saisie des données du registre central des maladies à déclaration obligatoire*, rédigé par E. Bisson, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2004, vi + 311 p., [En ligne].
[<http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/mado.php>].

b. *Ibidem*.

Selon Statistique Canada^a, « [l']origine ethnique se rapporte aux “racines” de la personne et ne doit pas être confondue avec sa citoyenneté, sa nationalité, sa langue ou son lieu de naissance. [...] Néanmoins, les réponses à la question sur l'origine ethnique témoignent de la perception de chaque répondant concernant son ascendance ethnique. Par conséquent, la transformation du contexte social dans lequel la question est posée et l'évolution de la conception qu'a le répondant de l'origine ethnique et de ses opinions à cet égard ont une incidence sur le dénombrement des groupes ethniques^b. »

Quand on s'adresse au cas-index lui-même, la question peut être posée de la façon suivante : *À quel groupe ethnique ou à quelle communauté culturelle vous identifiez-vous ?*

La personne répondra le plus souvent en fonction d'un pays. Il s'agira alors de choisir la catégorie dans laquelle ce pays se situe, tout en gardant en tête que les catégories ne sont pas considérées comme mutuellement exclusives. Certains s'identifieront plutôt à un groupe ou à une communauté, par exemple une personne née d'une mère haïtienne et d'un père français.

Lorsque l'information est recueillie auprès d'un tiers (un médecin ou un cas-index à propos de son partenaire, notamment), le degré de subjectivité est encore plus grand.

L'information demeure pertinente pour indiquer, même si c'est de manière approximative et imparfaite, l'origine ethnoculturelle. L'interprétation des données devra tenir compte des limites de la collecte des informations ;

- **la région sociosanitaire de résidence ainsi que le centre de santé et de services sociaux (CSSS) de résidence** : ces variables permettent d'évaluer la distribution des cas par région sociosanitaire et par territoire de CSSS ;
- **les coordonnées disponibles** (adresse postale, numéros de téléphone, adresse courriel et autres coordonnées) : ces informations sont essentielles pour joindre le cas-index. Faire ressortir toute information pertinente ou toute préférence (en la notant dans la partie « Commentaires », si nécessaire, en la surlignant en couleur ou en mettant un astérisque à côté, par exemple) sur le meilleur moment et la meilleure façon de joindre le cas-index.

a. STATISTIQUE CANADA, *Guide de référence sur l'origine ethnique : Recensement de 2006*, [En ligne]. [<http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2006/ref/rp-guides/ethnic-ethnique-fra.cfm>] (consulté le 3 juillet 2012).

b. *Ibidem*.

1.4 Gestion interne du dossier

- Inscrire le nom du ou des professionnels de la santé publique qui effectuent l'enquête. Si plusieurs professionnels participent à celle-ci, il s'avère important d'identifier une personne responsable. Les noms d'autres professionnels peuvent aussi être inscrits à cet endroit.
- Indiquer le type d'établissement responsable de la réalisation de l'enquête. Si c'est la direction régionale de santé publique (DRSP), inscrire le numéro de la région sociosanitaire (de 01 à 18) ; si c'est un centre de santé et de services sociaux (CSSS), inscrire le nom du centre ; si c'est un autre établissement, préciser lequel.
- Au besoin, inscrire d'autres numéros de dossier utiles à la gestion de l'enquête.
- Indiquer la date d'ouverture du dossier, soit celle du début des démarches relatives à l'enquête épidémiologique.
- Indiquer toutes les personnes auprès de qui l'enquête a été effectuée. Cette information sert à évaluer la validité des informations recueillies. Si l'enquête n'a pas été menée auprès du cas-index, il faut en indiquer la raison.
- Cocher « cas perdu pour le suivi » si le cas-index n'a pu être joint malgré le recours à des moyens raisonnables pendant une période convenable (des semaines, plutôt que des jours). Des notes au dossier permettront de vérifier si de tels moyens ont été employés. Inscrire la date prévue pour la relance auprès du cas-index qui doit aviser ses partenaires et celle à laquelle cette relance a été faite.
- Écrire toutes les actions pertinentes au suivi du dossier, telles que les tentatives d'appels pour joindre le partenaire, les contacts effectifs, les lettres envoyées à un partenaire n'ayant pu être joint par téléphone, etc.

Section 2 – Données cliniques

Les renseignements de la section 2 sont généralement requis pour valider le cas en fonction des définitions nosologiques. De plus, ils permettent de déterminer l'intervention préventive appropriée et d'adapter le counseling aux besoins du cas-index.

- **Indiquer toutes les personnes auprès de qui différentes données de cette section ont été obtenues.** Cette information est utile pour évaluer la validité des informations recueillies.

2.1 Raison du test de détection

Il s'agit d'une nouvelle variable par rapport à la version précédente des formulaires. Elle permet de distinguer la détection précoce (dépistage) de la détection plus tardive (manifestation de symptômes). Cela reflète indirectement la durée de contagiosité et peut être utilisé comme indicateur, indirect lui aussi, de l'efficacité des programmes. Les catégories ne sont pas mutuellement exclusives.

- **Cocher l'une des options du dépistage** si la personne n'avait pas de symptômes au moment de la consultation et que la raison de procéder au test de détection n'est pas liée à la manifestation de symptômes.

Le professionnel qui procède à l'enquête pourra recueillir cette information au moyen d'une ou plusieurs questions.

Par exemple :

Pourquoi avez-vous passé un test ?

Pourquoi avez-vous consulté l'infirmière (ou le médecin) ?

Aviez-vous des symptômes ou des problèmes à ce moment ?

Choisir parmi les trois situations suivantes :

- « Dépistage ITSS (bilan ITSS) » : les renseignements fournis montrent que le ou les tests de détection des ITSS ont été passés dans le contexte du dépistage aux fins d'un examen médical périodique, d'une consultation relative à la contraception, du planning familial, d'un bilan ITSS, etc. ;
- « Dépistage prénatal » : les renseignements fournis montrent que la femme était enceinte et asymptomatique au moment du test. Celui-ci n'a pas été fait dans le but de trouver les causes de symptômes ;
- « Dépistage avant une IVG » : les renseignements fournis montrent que le test a été fait dans le contexte d'un bilan précédant une interruption volontaire de grossesse.
- **Cocher « Contact d'un cas connu d'ITSS (IPPAP) »** et préciser l'ITSS seulement lorsque la personne a consulté un professionnel de la santé parce qu'elle a été avisée qu'elle avait été en contact avec une personne atteinte d'une ITSS.
- **Cocher « Symptômes et diagnostic »** dans les deux situations suivantes :
 - manifestation de symptômes liés à une ITS au moment de la consultation ;
 - historique de symptômes liés à une ITS décelée pendant la consultation initiale et ayant orienté la décision de procéder à une investigation qui incluait des tests de détection des ITS. Par exemple, la personne n'avait pas de symptômes apparents au moment de la consultation, mais le médecin ou l'infirmière a mis en évidence des symptômes qui l'ont amené à demander des tests de détection des ITSS ; il s'agit ici de tests faits à des fins diagnostiques. L'objectif du test est alors de préciser la cause des symptômes (et de permettre de poser un diagnostic), et non pas de procéder à un dépistage.

Il peut arriver qu'après avoir reçu un diagnostic, une personne rapporte avoir eu des symptômes antérieurement à la consultation. Dans la mesure où ces symptômes ne constituaient pas la raison de la consultation et qu'ils n'avaient pas été évoqués à ce moment, ils ne seront pas considérés comme la raison du test de détection, mais ils pourront être consignés à la sous-section 2.2, « Historique des symptômes ».

2.2 Historique des symptômes

- **Indiquer la manifestation de symptômes puis cocher tous ces symptômes.**

Les symptômes peuvent constituer la raison de la consultation, mais ils peuvent aussi n'être évoqués qu'à la suite du diagnostic. Par exemple, le cas-index peut avoir initialement considéré des symptômes comme non significatifs et s'en souvenir seulement après un questionnaire plus poussé, à la suite d'un résultat positif.

La chronologie des symptômes, qui peut être établie à partir de l'inscription de la date du début de chacun d'entre eux, est particulièrement importante pour déterminer la période de contagiosité et identifier les partenaires à retracer. En ce qui concerne la syphilis infectieuse et la lymphogranulomatose vénérienne, la manifestation et la chronologie des symptômes sont essentiels à la validation des cas.

L'historique des symptômes peut aussi révéler un échec du traitement ou des complications (par exemple, la persistance d'un ou de plusieurs symptômes).

- **Si les symptômes persistent**, l'indiquer dans la partie « Commentaires » et recommander au cas-index de revoir son médecin traitant.

2.3 Sites ou nature des prélèvements positifs

- **Cocher tous les sites d'infection qu'un résultat positif concerne.** Il ne s'agit pas de donner l'origine de tous les prélèvements, mais bien d'indiquer **tous** les sites où le pathogène a été détecté (résultat positif). Les sites ou la nature des prélèvements peuvent être inscrits dans la déclaration. Au besoin, l'information sera validée auprès du déclarant (médecin, infirmière ou laboratoire) ou du médecin traitant.

La réponse à cette question constitue un indicateur indirect des comportements sexuels non protégés (relation orale, vaginale ou anale). Elle permet aussi de reconnaître une infection disséminée (par exemple, si un prélèvement a été fait dans une articulation). Par ailleurs, l'information reflète aussi l'implantation de certaines pratiques médicales et de laboratoire (par exemple, des tests sur des prélèvements urinaires ou vaginaux).

2.4 Résultats de laboratoire

La sous-section relative aux résultats de laboratoire vise à obtenir des précisions sur les analyses qui ont été faites et leurs résultats. Ces informations sont essentielles pour valider le cas en fonction des définitions nosologiques. Elle sert également à déterminer la période visée par l'intervention préventive auprès des partenaires.

- 2.4a Cocher tous les résultats obtenus et inscrire la date du prélèvement :** la date est parfois inscrite sur la déclaration. Il peut être utile de vérifier qu'il s'agit bien de la date du prélèvement (et non pas, par exemple, de la date à laquelle l'analyse a été effectuée). Cette vérification peut se faire auprès du médecin, de l'infirmière ou du cas-index.

2.4b Profil de résistance

(pour l'infection à *Chlamydia trachomatis* et l'infection gonococcique seulement)

- **Si l'information est disponible, cocher le profil de résistance.** Cette variable s'applique lorsqu'une culture a été faite et que la résistance de la souche aux antibiotiques a été évaluée, essentiellement pour l'infection gonococcique. La souche peut être sensible (donc pas de résistance) ou, au contraire, être résistante à un ou à plusieurs antibiotiques. Lorsque l'analyse est une technique immunoenzymatique (EIA), un test d'immunofluorescence directe (DFA) ou un test d'amplification d'acides nucléiques (TAAN) – ce qui est généralement le cas pour

l'infection à *Chlamydia trachomatis* et l'est parfois pour l'infection gonococcique –, le profil de résistance à cocher est « Inconnu ».

Les profils de résistance mentionnés sur le formulaire le sont donc à titre indicatif. Le Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ) produit des rapports^a sur les profils de sensibilité des souches et leur répartition selon la région sociosanitaire. Ces rapports n'informent pas sur les caractéristiques des personnes chez qui on trouve les souches résistantes. Cependant, l'analyse des données des enquêtes épidémiologiques permet de faire le lien entre les résistances rapportées et les caractéristiques des cas. Il arrive que les informations sur le profil de résistance parviennent au professionnel de santé publique après que l'enquête ait été complétée. Dans un tel cas, il sera important :

- de mettre à jour les informations sur le profil de résistance, tant dans le formulaire d'enquête que dans le fichier MADO ;
- de sensibiliser le médecin à la possibilité d'un échec thérapeutique si l'on observe soit une résistance à l'antibiotique prescrit, soit une résistance au traitement reçu alors que celui-ci n'est pas précisé. Il n'y a pas automatiquement de correspondance entre la résistance et l'échec thérapeutique. Toutefois, il est recommandé d'effectuer un test de contrôle lorsqu'une résistance est détectée. Il pourrait aussi s'avérer utile de rappeler au médecin les recommandations sur le suivi : évaluation de son patient pour confirmer la disparition des symptômes et prélèvements nécessaires à une culture de contrôle pour s'assurer de l'efficacité du traitement. Voir à ce sujet les *Guides sur le traitement pharmacologique des ITSS* publiés par l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) et les *Lignes directrices canadiennes sur les ITS* de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Un modèle de lettre type a été conçu (voir l'annexe 10 du guide d'intervention sur les ITSS) pour soutenir les directions régionales de santé publique dans ce type d'intervention.

2.4c Validation de la classification des cas déclarés

(pour la syphilis et la lymphogranulomatose vénérienne (LGV) seulement, 2.4b pour le chancre mou et le granulome inguinal)

- **Indiquer s'il s'agit d'un cas confirmé ou probable.** Se référer à l'aide-mémoire placé à la fin des formulaires concernant soit la syphilis, soit la LGV, soit le chancre mou et le granulome inguinal ainsi qu'aux définitions nosologiques (voir l'annexe 7 du guide d'intervention sur les ITS-MADO).

2.5 ITSS concomitantes

- **Cocher toutes les ITS détectées en même temps.** Cette information permet de signaler l'existence d'une autre ITSS ainsi que de déterminer le suivi et le traitement appropriés. Si une autre ITSS a été diagnostiquée antérieurement, l'information sera plutôt inscrite à la sous-section 3.1, « Antécédents d'ITSS ».

a. Le LSPQ diffuse mensuellement le *Bulletin STATLABO – Statistiques d'analyses du Laboratoire de santé publique du Québec* et, annuellement, un rapport intitulé *Surveillance des souches de Neisseria gonorrhoeae résistantes aux antibiotiques dans la province de Québec*. Ces documents sont accessibles à la section Publications du site Web de l'Institut national de santé publique du Québec, www.inspq.qc.ca.

2.6 Traitement prescrit

L'information sur le traitement permet :

- de s'assurer que le pathogène est sensible à l'antibiotique prescrit (si le profil de résistance est connu) ;
- de vérifier que le traitement couvre une éventuelle infection concomitante à l'infection à *Chlamydia trachomatis* (dans le cas d'une infection gonococcique) ;
- d'identifier un problème d'accès au traitement optimal.
- **Cocher tous les antibiotiques prescrits, puis inscrire les dates d'administration et les dosages.** Cette information ne constitue pas une évaluation des pratiques médicales mais un indicateur général de l'application des lignes directrices relatives au traitement des ITSS^a. Le nom des antibiotiques prescrits et les dosages sont parfois plus facilement obtenus du médecin, traitant ou déclarant, ou de l'infirmière déclarante que du cas-index.
- **Cocher « Autre », préciser les antibiotiques prescrits, puis inscrire les dates et les dosages si,** malgré les vérifications ci-après, ces antibiotiques ne correspondent pas aux choix proposés dans le formulaire. Vérifier s'il s'agit d'une appellation commerciale ou générique et vérifier dans le Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques (CPS) de quels antibiotiques il s'agit.

Si les renseignements recueillis soulèvent des questions sur l'efficacité du traitement (par exemple, persistance des symptômes ou différence entre les antibiotiques prescrits et ceux qui sont recommandés), le professionnel communiquera avec le médecin traitant pour convenir avec lui des mesures appropriées^b.

2.7 Visite de suivi (contrôle)

Une visite de suivi est souvent pertinente pour :

- faire un test de contrôle ;
- vérifier la disparition des symptômes (s'il y en avait) ;
- assurer le suivi de l'intervention auprès des partenaires.

Si une visite de suivi est prévue ou indiquée, le professionnel de santé publique pourra promouvoir auprès du cas-index l'observance du suivi qui lui est recommandé.

- **Inscrire l'information sur la visite de suivi** lorsqu'une telle visite s'avère pertinente. Se référer, au besoin, aux *Guides sur le traitement pharmacologique des ITSS* de l'INESSS ou aux *Lignes directrices canadiennes sur les ITS* de l'ASPC.

a. Se référer aux *Guides sur le traitement pharmacologique des ITSS*, Québec, Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, 2012, [En ligne].

[http://www.inesss.qc.ca/index.php?id=65&user_inesssdoc_pi1%5Buid%5D=1682&cHash=cbf971210b964ef6dfc8f2cfec024288] et aux *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement*, mises à jour de janvier 2010, Ottawa, Agence de la santé publique du Canada, 2008, [En ligne] [<http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/index-fra.php>].

b. Il va de soi que cette action vise le bien-être du cas-index, et non l'évaluation de l'acte médical.

Section 3 – Facteurs de risque ou de vulnérabilité et sources d'exposition possibles

La troisième section du formulaire vise :

- à obtenir un portrait plus précis des ITSS à l'échelle populationnelle. Certains facteurs de risque serviront à la vigie continue provinciale et d'autres, à la surveillance régionale ;
- à connaître la réalité particulière du cas-index afin de lui offrir un counseling approprié à sa situation, que ce soit en lui transmettant une information détaillée ou en l'orientant vers les ressources qui pourront répondre à ses besoins (premier volet de l'IPPAP). L'uniformité des questions permet de recueillir une information précise et favorise une éventuelle comparaison des réponses des différents cas-index. C'est pourquoi elle comporte déjà des questions, construites selon un phrasé naturel et avec des mots que tous les cas-index devraient comprendre. Il est recommandé d'utiliser ces formulations non seulement pour faciliter la comparaison des données, mais aussi pour s'assurer que la personne comprend bien les objets de l'évaluation. Aux questions s'ajoutent des exemples, des précisions ou des explications pouvant faciliter l'entretien.
- **Indiquer toutes les personnes qui ont répondu aux questions de cette section.** Cette information est utile pour évaluer la validité des informations recueillies.

3.1 Antécédents d'ITSS

Dans plusieurs études, un antécédent d'ITSS constitue l'un des facteurs de risque au regard de ces infections. La présence d'ITSS à répétition chez une personne donnée indique généralement que celle-ci a des comportements à risque et qu'elle se situe dans un noyau de transmetteurs. Elle peut également indiquer la nécessité d'intensifier l'intervention préventive individuelle au moment du diagnostic et de la prise en charge d'une personne atteinte d'une ITS. L'historique des vaginites, « champignons » ou infections à *Candida* n'est pas pertinent dans le contexte de l'enquête épidémiologique faite à la suite d'une déclaration d'ITS.

- Sans interroger le cas-index sur chacune des ITSS énumérées, lui poser une question ouverte sur ses antécédents d'ITSS.
- **Cocher toutes les ITS nommées par le cas-index.** Si une autre ITSS a été diagnostiquée en même temps que celle qui fait l'objet de la déclaration, l'information sera plutôt inscrite à la section 2.5, « ITSS concomitantes ».
- **Si la personne vit avec le VIH :** cocher « Autre » et écrire VIH. Cette information incite à s'assurer que le traitement de l'ITS-MADO est approprié et à augmenter la vigilance quant à la réponse au traitement. De plus, elle permet d'adapter le counseling préventif et, le cas échéant, d'orienter la personne vers les services que sa nouvelle condition requiert. Elle peut aussi constituer l'occasion de lui offrir du soutien pour la notification aux partenaires exposés.

3.2 Grossesse et complications du système reproducteur

(à remplir seulement si le cas-index est une femme en âge de procréer, se situant ici entre 15 et 49 ans)

- **Indiquer si la femme est présentement enceinte et, dans l'affirmative, préciser la date prévue d'accouchement (DPA).** Une femme enceinte aura besoin d'un suivi clinique étroit parce qu'il faut s'assurer de l'efficacité du traitement avant l'accouchement et du traitement de ses partenaires ; il faut aussi s'assurer qu'elle adopte des comportements sécuritaires (pour éviter la réinfection). De plus, il faudra planifier le suivi auprès du nouveau-né. La DPA permet de gérer le niveau de priorité.
- **Indiquer si la femme a déjà eu une interruption volontaire de grossesse (IVG) ou un avortement et, dans l'affirmative, préciser la date.** Le fait d'avoir eu plus d'une interruption volontaire de grossesse est considéré comme un facteur de vulnérabilité. Une IVG récente peut faire augmenter le risque de complications chez la femme atteinte de la chlamydia ou de la gonorrhée. Enfin, l'IVG est un indicateur de relations sexuelles non protégées.
- **Indiquer si la femme a déjà eu des complications du système reproducteur et, dans l'affirmative, donner des précisions.** La réponse à cette question se base sur les informations disponibles, qui seront souvent partielles. Toute réponse positive doit être appuyée par des éléments tels qu'une grossesse ectopique, un historique d'infertilité (par exemple, une investigation pour infertilité, un processus d'insémination artificielle) ou une atteinte inflammatoire pelvienne. Cette variable sert uniquement d'indicateur de la vulnérabilité, et non à statuer sur l'existence ou l'absence de complications d'une ITS.

3.3 Information sur les partenaires des 12 derniers mois

- **Indiquer le nombre de partenaires sexuels.** Le fait d'avoir de multiples partenaires est associé à un risque plus grand d'être infecté par une ITS. Il n'y a pas de définition uniforme de la notion de *partenaires multiples*. Au Québec, à des fins de compréhension commune dans le cadre de la mise à jour des indications relatives au dépistage, le fait d'avoir eu plus de trois partenaires sexuels dans la dernière année a été retenu comme indicateur du risque d'acquisition d'une ITSS^a. Si le cas-index ne peut donner le nombre exact de ses partenaires, lui proposer les catégories suivantes, qui permettront d'évaluer sa prise de risque : « De 1 à 3 », « De 4 à 10 » et « Plus de 10 ». Précisons que les types de relations avec le partenaire sexuel ne se limitent pas aux relations sexuelles vaginales et anales, mais qu'elles incluent aussi les relations orales. C'est pourquoi il importe de spécifier ces trois types de relations dans la question, comme le montre l'exemple qui se trouve dans le formulaire.
- **Indiquer le sexe des partenaires.** Cette question permet, entre autres, de colliger de l'information sur les éclosions chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH). Elle permet également d'identifier des ponts (ou relais de l'épidémie) entre des groupes particulièrement touchés par une infection et d'autres qui le sont moins jusqu'à présent, notamment entre les HARSAH et les femmes pour ce qui est de la syphilis ou de la LGV:

a M.C. Drouin et autres. Rapport du sous-comité Facteurs de risque et ITSS à rechercher - Mise à jour des indications de dépistage, Québec, Institut national de santé publique du Québec, à paraître.

- il faut bien vérifier si le cas-index a eu des relations sexuelles seulement avec des hommes, seulement avec des femmes ou avec des hommes et des femmes. On ne cherche pas ici à connaître l'orientation sexuelle à strictement parler, mais plutôt le sexe des personnes avec qui le cas-index a eu des relations sexuelles dans les 12 derniers mois;
- **si le cas-index a des partenaires féminines, indiquer si l'une d'elle est enceinte.** Du point de vue de l'intervention, cette question permet de connaître la vulnérabilité des partenaires. Par exemple, lorsqu'un homme infecté par la syphilis a eu des relations sexuelles avec des femmes, il faut prêter une attention particulière à la notification à ses partenaires car, en l'absence d'autres facteurs de risque, seule la connaissance de leur exposition permettra de répéter le test de dépistage prénatal et de prévenir une éventuelle transmission au nouveau-né.
- **Indiquer si le cas-index a eu de nouveaux partenaires et, dans l'affirmative, cocher le contexte des rencontres.** Le fait d'avoir un ou plusieurs nouveaux partenaires est associé à un risque plus grand d'être infecté par une ITS. Au cours des dernières années, les enquêtes ont permis de mettre en évidence certains lieux de rencontre des partenaires (par exemple, les saunas). L'information à ce sujet a permis d'y proposer des interventions de proximité pour la prévention des ITSS. Cette question est appelée à évoluer puisque des changements importants peuvent survenir au fil des ans. Par exemple, l'avènement de nouvelles technologies de communication (Internet, téléphones intelligents) crée un nouvel univers pour la rencontre de partenaires. L'information sur le contexte de la rencontre permet également d'adapter le counseling en y incluant, notamment, le risque associé aux partenaires sexuels anonymes et le difficile accès aux condoms à certains endroits. Plus l'information recueillie sera précise (par exemple, le nom d'un bar, d'une école ou d'un site Web), plus elle permettra de cibler les milieux où il faudrait mener une intervention préventive.
- **Indiquer si le cas-index a des partenaires anonymes.** L'information renseigne sur la prise de risque et pourrait alimenter le contenu du counseling préventif. Elle sera prise en compte dans le soutien à l'intervention préventive auprès des partenaires.
- **Indiquer si le cas-index a eu des relations sexuelles avec une personne qui réside habituellement à l'extérieur du Québec.**

Il est question ici à la fois :

- de vérifier si le cas-index a eu des relations sexuelles avec une ou plusieurs personnes non québécoises alors qu'il était en voyage à l'étranger ;
- de vérifier si le cas-index a eu une relation sexuelle avec une personne non québécoise qui était en voyage au Québec ;
- de connaître le ou les pays, ou régions, en cause.

Ces informations renseignent sur une possible exposition à l'extérieur du Québec, laquelle peut soulever certaines préoccupations d'ordre clinique, par exemple le risque d'une gonorrhée résistante plus grand dans certaines régions ou certains pays qu'ailleurs.

Le fait d'avoir été exposé à une infection ne signifie pas d'emblée que celle-ci a été acquise hors du Québec. Selon le guide de saisie des données dans le

MADO, pour établir que l'infection est acquise à l'étranger, il ne doit pas y avoir d'autres expositions.

Pour certaines directions régionales de santé publique, il peut s'avérer pertinent de disposer de données sur l'exposition dans d'autres régions du Québec et d'être alors en mesure d'identifier les cas dont l'infection y aurait été acquise. Le formulaire provincial ne contient pas de questions à cette échelle. Toutefois, les autorités régionales qui le désirent peuvent tout simplement ajouter une section qui reprend les questions relatives à l'historique des relations sexuelles à l'étranger en adaptant leur teneur aux « relations sexuelles à l'extérieur de la région ».

Ces informations pourront servir à élaborer ou à consolider diverses interventions (par exemple, des actions à l'intention des voyageurs ou un counseling sur le risque de contracter une ITSS dans différentes régions du monde). De plus, elles seront utiles dans le cadre de l'intervention préventive auprès du cas-index (conseils sur la prévention en voyage) et, éventuellement, auprès des partenaires (par exemple, dans le cas du transfert d'un dossier hors province).

- **Cocher toutes les ITSS des partenaires ayant informé le cas-index de leur infection et préciser la date.**

Cette question peut renseigner sur le risque du cas-index d'avoir contracté d'autres ITSS. Si un partenaire est porteur d'une ITSS chronique comme l'infection par le VIH, le VHB ou le VHC, on pourra offrir un counseling approprié au cas-index et saisir l'occasion pour l'informer sur le dépistage de ces ITSS. La date à laquelle le partenaire a été infecté peut orienter la prise en charge du cas-index.

- **Indiquer avec quels partenaires à risque le cas-index a eu des relations sexuelles.** Cette question concerne l'évaluation des facteurs de risque. Elle est particulièrement pertinente pour les cas-index qui ne rapportent eux-mêmes aucun facteur de risque. L'information donne une meilleure idée du réseau social et sexuel dans lequel le cas-index évoluait pendant la période où il a probablement acquis l'infection. Il s'agit d'une question à caractère exploratoire et subjectif puisque l'information fournie par le cas-index est basée sur sa propre perception des facteurs de risque touchant d'autres personnes.

3.4 Autres comportements à risque dans les 12 derniers mois

- **Indiquer la fréquence d'utilisation du condom selon le type de relations sexuelles.** Cette question permet d'orienter le counseling pour traiter de l'adoption et du maintien de comportements sexuels sécuritaires. Elle permet également de mieux connaître l'utilisation du condom par les personnes atteintes d'une ITS. En questionnant le cas-index sur chaque type de relation, on peut l'informer sur le niveau de risque associé aux différentes activités sexuelles pour les différentes ITSS. Les sujets devraient être traités dans l'ordre : d'abord les types de relations pratiquées par le cas-index, puis l'utilisation du condom. Voir l'outil *Estimation du risque associé aux activités sexuelles*, à l'adresse suivante :

<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/fb143c75e0c27b69852566aa0064b01c/0eba3f63ac713679852574be006ab5e1?opendocument>

- **Indiquer si le cas-index a reçu ou donné de l'argent, des drogues, des cadeaux ou d'autres faveurs en échange de relations sexuelles.** S'ils ont un nombre important de partenaires et n'utilisent pas toujours le condom, les travailleuses et travailleurs du sexe risquent de contracter une ITS, et leurs clients également. Au Québec, des éclosions ont déjà été observées dans de tels contextes. Il est pertinent de connaître la proportion des cas d'ITS liés au « travail du sexe » pour pouvoir agir de façon ciblée et précoce en cas d'éclosion. Le travail du sexe ne correspond pas toujours au modèle classique d'une personne qui sollicite des clients et reçoit de l'argent en échange de services sexuels. C'est pourquoi les questions portent plutôt sur le fait d'avoir reçu (pour un travailleur ou une travailleuse du sexe) ou donné (pour un client) de l'argent, des drogues ou des cadeaux en échange de relations sexuelles. Dans une optique d'intervention ponctuelle, la mise en évidence de ce facteur de risque peut indiquer des relations d'inégalité qui font augmenter le risque d'adopter des comportements non sécuritaires. Par exemple, il peut arriver que la personne qui paie refuse d'utiliser le condom ou offre de payer plus cher si elle ne l'utilise pas.
- **Indiquer si le cas-index a eu des relations sexuelles sous l'influence de drogues ou de l'alcool.** Cette question permet d'aborder le risque associé à la désinhibition et la perte de contrôle pouvant amener la personne à avoir des comportements à risque au regard des ITS. Elle vise plus à adapter le counseling qu'à caractériser les facteurs de risque.
- **Indiquer si le cas-index consomme des drogues illicites.** Dans l'affirmative, préciser les substances, le mode de consommation et s'il y a eu partage de matériel de préparation, d'injection ou d'inhalation. En posant une question ouverte, on peut identifier les drogues consommées. Au besoin, on discutera ensuite avec le cas-index du risque lié aux drogues par injection ou par inhalation (avec une paille ou une pipe en verre). Cela permet d'orienter le counseling sur la réduction des méfaits liés à la consommation de drogues, dont le risque de transmission d'ITSS comme l'infection par le VIH, le VHB et le VHC que pose le partage de matériel d'injection ou d'inhalation.

3.5 Hémovigilance et histovigilance

(pour la syphilis infectieuse seulement)

Les questions et les directives en matière d'hémovigilance et d'histovigilance ont été définies en collaboration avec le Secrétariat du système du sang (qui relève du ministère de la Santé et des Services sociaux) et elles répondent aux exigences de la sécurité transfusionnelle. En principe, compte tenu du faible risque de transmission sanguine de la syphilis, les mesures préventives s'appliquant au dépistage sérologique, au traitement des produits sanguins et aux protocoles de greffe ou de transplantation suffisent amplement à prévenir la transmission de cette infection, tant au moment d'une transfusion de produits sanguins qu'à celui d'une greffe ou d'une transplantation d'organe. Toutefois, par mesure de précaution supplémentaire, des questions et des actions sont proposées dans le questionnaire ; elles constituent un moyen de déceler et, éventuellement, de prévenir la survenue exceptionnelle d'un tel événement.

Premièrement, on demandera aux femmes ayant eu un diagnostic de **syphilis primaire, secondaire ou latente précoce** et pour lesquelles **aucun facteur de risque** n'a été mis en évidence si elles ont eu une **insémination** artificielle au cours des six mois précédant le début de la maladie. Lorsque le début de l'infection est difficile à déterminer, on peut remonter dans le temps jusqu'à 12 mois. Il est d'abord de la

responsabilité de la santé publique de recueillir et de valider les informations pertinentes (date de l'insémination, établissement, responsable), puis d'aviser les responsables du programme d'insémination dans le centre hospitalier ou la clinique où a eu lieu l'insémination artificielle ; ce sont eux qui seront ensuite responsables de prendre les dispositions appropriées pour retracer le donneur et, le cas échéant, les autres receveurs.

Deuxièmement, on demandera à tous les **cas-index** ayant eu un diagnostic de **syphilis secondaire ou latente précoce** s'ils ont eu une **transplantation d'organe** au cours des six mois précédant le début de la maladie. Précisons que les personnes souffrant de syphilis primaire ne sont pas visées ici, car le mode d'acquisition de ce type d'infection implique une exposition au niveau des organes génitaux. Si le début de l'infection est difficile à déterminer, on peut remonter dans le temps jusqu'à 12 mois. Il est de la responsabilité de la santé publique de recueillir et de valider les informations pertinentes (date de la transplantation, type de don, centre hospitalier, responsable), puis d'aviser les responsables du programme de don ; il peut s'agir du médecin responsable, de Québec Transplant ou, éventuellement, d'un autre organisme qu'il faudra identifier. Les personnes avisées de la situation seront à leur tour responsables de prendre les dispositions appropriées pour retracer le donneur et, le cas échéant, les autres receveurs.

Troisièmement, on demandera aux cas-index ayant eu un diagnostic de syphilis secondaire ou latente précoce et pour lesquels **aucun facteur de risque** n'a été trouvé s'ils ont **reçu du sang ou des produits sanguins** au cours des 6 mois précédant le début de la maladie. Précisons que les personnes souffrant de syphilis primaire ne sont pas visées ici, car le mode d'acquisition de ce type d'infection implique une exposition au niveau des organes génitaux. Il est de la responsabilité de la santé publique de communiquer avec le chargé de sécurité transfusionnelle du centre hospitalier désigné pour valider l'information sur la transfusion et obtenir le ou les numéros de lot, puis transmettre les informations pertinentes (Formulaire B, partie 2) à Héma-Québec. Cet organisme prendra les mesures appropriées pour retracer le ou les donneurs et, le cas échéant, les autres receveurs. Il est recommandé de garder une copie du formulaire transmis à Héma-Québec et de noter la date ainsi que le destinataire.

Les formulaires proposés par le Secrétariat du sang sont reproduits à l'annexe 13 du guide d'intervention sur les ITS-MADO.

Section 4 – Intervention préventive auprès du cas-index

La quatrième section du formulaire vise à recueillir des renseignements qui serviront :

- à créer des conditions favorables au succès du traitement de l'infection du cas-index ;
- à consolider le counseling préventif effectué en première ligne ;
- à soutenir le cas-index pour l'intervention préventive auprès de ses partenaires.

Elle présente, sous les formes d'un aide-mémoire et d'un tableau, les éléments à aborder avec le cas-index. L'aide-mémoire ne remplace évidemment pas le jugement du professionnel de santé publique. Il s'utilise en fonction des besoins recensés au cours de l'évaluation des facteurs de risque et de vulnérabilité.

Cette section comprend les trois sous-sections qui suivent.

4.1 Créer des conditions favorables au traitement de l'infection

(fait partie du premier volet de l'IPPAP)

Un échange sur l'infection, les symptômes et le traitement contribue non seulement à prévenir les complications, mais aussi à diminuer la période d'infectiosité.

4.2 Consolider le counseling effectué en première ligne

(fait partie du premier volet de l'IPPAP)

À partir des facteurs de risque ou de vulnérabilité décelés, l'échange avec le cas-index vise à permettre de freiner la propagation de l'infection et de prévenir l'acquisition d'une nouvelle ITS par l'adoption de comportements sexuels et de consommation de drogues ou d'alcool sécuritaires.

Certaines études tendent à démontrer qu'en raison du contexte, les personnes atteintes d'une ITS sont, au moment de l'intervention préventive, davantage réceptives aux messages de nature préventive. Cette intervention peut contribuer à aiguïser la perception personnelle du risque pris. Ainsi, l'entrevue effectuée dans le cadre de l'intervention préventive représente une occasion unique de stimuler la motivation du cas-index à changer ses comportements.

Pour que le counseling atteigne l'un des buts visés, soit de favoriser l'adoption de comportements sécuritaires, il doit tenir compte des limites propres au cas-index et du contexte des rencontres de ce dernier avec ses partenaires. Plusieurs stratégies sont possibles. La personne doit être amenée à envisager les options les plus appropriées pour elle.

Peu importe l'ITSS en cause, la personne atteinte fait partie des groupes ciblés pour la vaccination contre l'hépatite B. À partir des données sociodémographiques et des facteurs de risque, il faut déterminer si le cas-index fait partie d'autres groupes ciblés pour la vaccination.

- Vérifier la vaccination antérieure et indiquer, dans le tableau prévu à cette fin, les recommandations concernant la vaccination, selon les recommandations du Protocole d'immunisation du Québec (PIQ) :
 - si la personne n'a pas été vaccinée ou l'a été de façon incomplète : recommander une vaccination selon le PIQ ;
 - si la vaccination est administrée par l'infirmière qui effectue l'enquête épidémiologique, indiquer le vaccin administré, les doses et les dates d'administration ;
 - si la personne est orientée vers un autre service pour recevoir la vaccination recommandée, indiquer le nom et les coordonnées de ce service.

Voici quelques propositions de questions ouvertes visant à évaluer et à stimuler la motivation du cas-index au regard de l'adoption de comportements sécuritaires :

Comment décririez-vous votre risque de contracter une ITS ?

Que pensez-vous de diminuer ce risque ?

Comment pourriez-vous diminuer ce risque ?

Ces questions donneront au cas-index l'occasion de s'exprimer à propos de ses connaissances, de ses perceptions, de ses croyances et de ses craintes, notamment. Elles peuvent en outre faire diminuer sa résistance à une intervention parfois perçue comme intrusive.

Le professionnel de santé publique pourra alors :

- renchérir sur les éléments favorables à la prévention exprimés par le cas-index ;
- proposer de compléter les connaissances du cas-index ou rectifier les inexactitudes dans les propos de celui-ci concernant les éléments qui contribuent au risque de contracter une ITS.

Le professionnel évitera d'être exhaustif à tout prix au sujet des comportements sécuritaires. Le fait qu'un cas-index mentionne un seul élément qu'il se dit prêt à changer constitue un premier pas vers le succès.

4.3 Soutenir la personne atteinte pour l'intervention préventive auprès de ses partenaires

(fait partie du deuxième volet de l'IPPAP)

Il faut maintenant sensibiliser le cas-index à l'importance d'entreprendre une démarche d'intervention préventive auprès de ses partenaires. Il s'agit de faire en sorte que le cas-index reconnaisse les bénéfices qu'une telle démarche aura pour lui (par exemple, elle lui évitera d'être réinfecté par un partenaire non traité) ainsi que pour ses partenaires et son « réseau sexuel » (notamment, elle leur donnera accès à l'information appropriée, au counseling et, le cas échéant, à un traitement précoce qui réduira leur risque d'avoir des complications et de transmettre l'infection à leur tour).

Pour sensibiliser le cas-index à l'importance de l'intervention préventive auprès de ses partenaires :

- recenser avec lui les bénéfices pour lui-même et pour ses partenaires ;
- lui donner la possibilité d'exprimer ses émotions et ses inquiétudes par rapport au fait d'avoir contracté une ITS et à l'endroit de son ou ses partenaires ;
- l'amener à verbaliser sur les graves conséquences que peut entraîner une infection non traitée, sur son risque de réinfection et sur la possibilité qu'une infection soit transmise à quelqu'un d'autre ou qu'elle se complique tout en demeurant asymptomatique ;
- insister sur l'importance du fait que ses partenaires aient l'occasion d'être informés et de consulter un médecin (au besoin, lui expliquer les notions de *période d'incubation*, d'*état asymptomatique* et de *réinfection*) ;
- lui parler de la possibilité que le professionnel du service de soutien communique avec un ou plusieurs partenaires à sa place, sans divulguer son identité ;
- l'informer que, s'il choisit d'aviser lui-même ses partenaires, le professionnel du service pourra l'aider dans sa démarche ;
- discuter des obstacles à cette action et explorer des pistes de solution.

Note : Les personnes bien informées sur l'infection dont elles sont atteintes sont plus susceptibles d'avertir leurs partenaires.

Ici encore, quelques questions ouvertes peuvent contribuer à stimuler la motivation du cas-index à collaborer à l'intervention auprès de ses partenaires et aider à prévenir sa résistance :

Quels seraient les avantages à ce que vos partenaires sexuels soient avertis qu'ils ont été exposés à une infection transmissible sexuellement et qu'ils puissent se faire traiter ?

Selon vous, quelle serait la meilleure façon de les avertir ?

L'intervention préventive auprès des partenaires est volontaire. Le cas-index doit avoir accès à l'ensemble des services offerts, même s'il refuse de coopérer à l'intervention préventive. Avant de considérer qu'une personne ne désire pas participer à la démarche, il faut s'assurer qu'elle a pu bénéficier du counseling propre à cette intervention.

- Inscrire l'information sur la participation ou non du cas-index à l'intervention préventive auprès de ses partenaires :
 - si le cas-index refuse l'intervention préventive auprès de ses partenaires, inscrire la raison de son refus. Si cela est pertinent, lui proposer de lui envoyer de la documentation ou encore de le relancer en vue d'une nouvelle offre d'intervention. L'intervention se termine ici pour lui ;
 - si le cas-index accepte, l'intervention se poursuit. Remplir alors les sous-sections 4.3.1 et 4.3.2.

4.3.1 Déterminer la période visée : partenaires à joindre

Expliquer au cas-index qu'en fonction des informations qu'il vous a transmises précédemment (symptômes, traitement, etc.), vous allez déterminer la période visée pour l'intervention et qu'il devra ensuite identifier les partenaires qu'il a eus pendant cette période et qu'il faudra joindre.

Pour définir cette période, il faut tenir compte :

- du type d'infection. Les intervalles recommandés pour chaque infection constituent des intervalles minimaux. Il peut être justifié, dans certaines situations, de prolonger la période indiquée, notamment lorsque les données sont imprécises ;
- du moment où le cas-index ne devrait plus être infecté. Il faut d'abord s'assurer qu'un traitement efficace lui a été administré (voir la sous-section 2.6 du formulaire) et déterminer le moment où l'infection devrait avoir été éradiquée chez lui, soit sept jours après la prise d'un traitement unidose ou à la fin d'un traitement de sept jours ou plus ;
- de la possibilité d'une persistance de l'infection ou d'une réinfection du cas-index. La période visée sera prolongée si les symptômes persistent ou s'il s'avère probable que le cas-index ait été réinfecté (par exemple, s'il a eu des relations sexuelles non protégées avec des personnes à risque).

Une fois la période visée bien définie, évaluer sommairement le nombre de partenaires touchés ; ce nombre peut être revu à la suite du recensement exhaustif des partenaires qui sera fait à la partie 4.3.2. L'évaluation rapide sert à estimer le nombre de partenaires sexuels concernés par l'intervention préventive.

- **Inscrire dans l'encadré :**
 - **les dates du début et de la fin de la période visée**, à laquelle on se référera pour la suite de l'intervention ;
 - **le nombre de partenaires au cours de la période visée**, nombre qui servira de base pour remplir le tableau de la partie 4.3.2.

4.3.2 Identifier les partenaires à joindre

Un tableau résume la séquence établie en vue de favoriser la collecte d'information et la participation du cas-index à la démarche relative à l'intervention préventive auprès de ses partenaires. Il permet de regrouper les renseignements sur chacun des partenaires touchés par cette intervention.

Tous les efforts possibles doivent être faits pour aviser chacune des personnes ayant été exposées à l'infection durant la période visée.

Premièrement, dresser la liste des partenaires à joindre

Dans un premier temps, consigner des données de base sur chacun des partenaires afin d'établir rapidement une liste qui permet de distinguer les partenaires les uns des autres. Il peut être difficile pour une personne de faire une liste exhaustive et chronologique de ses partenaires ainsi que de leurs caractéristiques. Il est préférable d'aider le cas-index en lui proposant des repères faciles à identifier et de procéder par l'établissement de liens ou par analogie. Il s'avère souvent plus facile de commencer par les événements les plus récents, mais il est toujours judicieux de s'adapter au parcours de la mémoire du cas-index.

Par exemple :

- *Quand avez-vous eu une relation sexuelle avec un homme ou une femme pour la dernière fois ?*
- *Comment s'appelle cette personne ? Vous pouvez me dire juste son prénom si vous préférez. Est-ce un homme ou une femme ?*
- *Cette personne a quel âge environ ?*
- *Quand avez-vous eu une relation sexuelle pour la première fois avec cette personne ? Et pour la dernière fois ?*
- *Mise à part _____ (prénom de la personne précitée), avec quelle autre personne avez-vous eu des relations sexuelles au cours de la période visée ?*
- *Quel est le nom ou le surnom de cette personne ?*

Cette étape devrait être répétée autant de fois qu'il faudra pour identifier tous les partenaires que le cas-index a eus pendant la période visée. Si ce dernier dit n'avoir eu aucun partenaire pendant cette période, il lui faut alors identifier son dernier partenaire.

Note : Dans un premier temps, il est préférable de passer en cascade l'ensemble des partenaires et les principaux éléments d'information sur les circonstances des rencontres ; cela a pour effet de stimuler davantage la mémoire du cas-index. On peut ensuite compléter les informations sur chacun des partenaires et tenter de déterminer les facteurs de risque liés à chacune des situations.

- **Inscrire dans le tableau 4.3.2 :**

- **le numéro du partenaire**, qui permet de distinguer les différents partenaires et de faciliter le suivi de l'intervention. Il sera réutilisé dans le formulaire relatif à l'intervention préventive auprès des partenaires ;
- **l'identifiant**, qui ne se compose pas nécessairement des prénom et nom à ce moment-ci de l'entrevue mais qui doit permettre de distinguer les partenaires les uns des autres ;
- **l'âge** des partenaires, qui peut être approximatif ;
- **le sexe des partenaires** et, pour chacune des partenaires féminines, on s'informerait d'une possible grossesse ;
- **le type de partenaire**, qui vise à caractériser le lien entre le cas-index et ce partenaire (conjoint, ancien conjoint, actuel ou ancien partenaire régulier, actuel ou ancien partenaire occasionnel, anonyme, etc.). Cette information peut déjà orienter le choix de la meilleure façon de joindre le partenaire.

À la lumière de ces informations, revoir le nombre de partenaires inscrit au bas de la partie 4.3.1.

Tous les efforts possibles doivent être faits pour s'assurer d'identifier toutes les personnes ayant été exposées durant la période visée.

Deuxièmement, préciser les caractéristiques des partenaires à joindre

Après avoir recensé les partenaires, passer en revue les caractéristiques de chacun avec le cas-index. Comme cet exercice peut s'avérer quelque peu fastidieux, il est important d'expliquer au cas-index que les renseignements minimaux qui lui sont demandés permettent d'estimer le niveau de risque de chaque partenaire et le niveau de priorité à accorder à l'intervention préventive avec chaque partenaire. Éventuellement, ils orienteront l'intervention auprès des partenaires qui seront joints ultérieurement par le professionnel de santé publique.

L'exercice permettra de faire ressortir certaines priorités d'intervention telles que la grossesse, le jeune âge et le fait d'avoir de multiples partenaires (réseau sexuel dense) ou de résider à l'extérieur du Québec. Malgré cette priorisation, on considère que tous les partenaires doivent être joints rapidement.

Certaines données plus spécifiques permettront de mieux évaluer la nature de l'exposition du partenaire et le niveau de risque de transmission de l'infection.

- **Inscrire dans le tableau 4.3.2 :**

- **le contexte de la rencontre**. Les contextes possibles sont diversifiés, et plusieurs se trouvent listés à la sous-section 3.3 du formulaire. Cette information peut donner des pistes sur la façon de joindre le partenaire ;
- **les types de comportements sexuels et l'utilisation du condom**. Ces données, qui renseignent sur l'exposition et le niveau de risque de transmission, orienteront l'intervention préventive ;
- **la date de la dernière relation sexuelle**. Cet élément aide aussi à évaluer le risque de transmission.

La partie « Commentaires » sert à noter une information sur les circonstances de la rencontre ou sur le partenaire (par exemple, partenaire ayant des partenaires multiples ou partenaire qui réside à l'extérieur du Québec).

Troisièmement, évaluer l'intervention préventive faite par le cas-index et établir avec lui une entente pour chacun des partenaires qui n'a pas encore été avisé

Pour chaque partenaire, évaluer l'intervention préventive faite par le cas-index. Vérifier si des partenaires ont déjà été avisés, l'information que le cas-index leur a transmise (nom de l'infection, importance de consulter un médecin, importance du traitement, etc.) et si, à la connaissance du cas-index, les partenaires ont été dépistés et traités.

Rappeler ensuite au cas-index qu'un professionnel de santé publique peut informer un ou plusieurs de ses partenaires sans divulguer son identité, dans le cadre de l'intervention préventive selon l'approche négociée.

Il est important d'expliquer au cas-index les avantages et les désavantages de chacune des façons de faire :

- quand le professionnel de santé communique avec un partenaire, l'anonymat du cas-index peut généralement être conservé. Même si ce partenaire devine le nom du cas-index, le professionnel de santé publique ne le confirmera pas. De plus, si le partenaire réagit négativement en apprenant son infection, le professionnel pourra désamorcer la situation en faisant valoir la volonté du cas-index de le protéger et de prendre les moyens pour qu'il reçoive les services préventifs appropriés ;
- le partenaire peut réagir plus favorablement lorsque le cas-index fait lui-même la démarche. En outre, il est souvent plus facile pour ce dernier de joindre ses partenaires, connaissant leur mode de vie, leurs habitudes, etc.
- **Inscrire dans le tableau 4.3.2 :**
 - **le type d'entente** passée avec le cas-index pour **chacun** des partenaires qui n'ont pas encore été avisés ou cocher qu'il a déjà été avisé par le cas-index ;
 - **les renseignements sur la notification**, dont la date approximative de celle-ci, pour les partenaires déjà avisés par le cas-index ;
 - **les renseignements sur la prise en charge** (dépistage et traitement) pour les partenaires déjà avisés par le cas-index.

Quatrièmement, colliger l'information nécessaire à l'intervention auprès du partenaire par le professionnel de santé publique

Il importe d'obtenir des renseignements précis sur l'identité des partenaires que le professionnel de santé publique doit aviser, non seulement parce qu'il peut s'avérer difficile de les joindre mais aussi parce qu'il faut s'assurer d'aviser la bonne personne. Les renseignements à recueillir seront plus ou moins exhaustifs selon les difficultés envisagées pour joindre chaque partenaire.

C'est le formulaire relatif à l'intervention préventive auprès des partenaires (voir l'annexe 9A du guide d'intervention sur les ITS-MADO) qui servira pour l'entrevue avec chacun des partenaires devant être avisés par le professionnel de santé publique.

Colliger l'information sur les partenaires devant être joints par le professionnel de santé publique à la section 1, « Identification et gestion », de ce formulaire :

- l'identification et les coordonnées du partenaire : prénom, nom, sexe, âge, date de naissance, région sociosanitaire et CSSS de résidence, adresse postale, numéro de téléphone, adresse courriel, etc. ;
- la langue qu'il parle ;
- si cela semble pertinent (par exemple, entrevue face à face ou visite par le professionnel de santé publique dans des cas exceptionnels), d'autres caractéristiques se rapportant :
 - à la description physique : la taille approximative, le poids et la constitution ; la couleur des cheveux et le style de coiffure ; le port ou non de lunettes ; les cicatrices et les grains de beauté visibles ; la couleur de la peau ; toute autre marque ou caractéristique d'identification,
 - à des repères près du domicile – comme des clôtures, des types de véhicules, des voies ferrées, des panneaux et des arbres – ainsi qu'aux lieux fréquentés par le partenaire et à ses heures de fréquentation ;
- toute autre information pertinente à l'intervention. Par exemple :
 - la situation familiale ou conjugale du partenaire. Si cette personne ne vit pas seule, il faudra spécialement faire attention aux bris de confidentialité,
 - le surnom du partenaire,
 - les meilleurs moments pour communiquer avec le partenaire,
 - les réactions prévisibles du partenaire et des indices sur la meilleure façon de l'approcher.

Cinquièmement, préparer le cas-index à aviser ses partenaires lorsque cette option est retenue

Lorsque le cas-index choisit de joindre lui-même un ou plusieurs de ses partenaires, il faut discuter avec lui des façons de procéder. L'efficacité de l'intervention repose sur ses capacités à communiquer, son aptitude à intervenir auprès de ses partenaires, sa motivation et celle de ses partenaires. Il faut aussi être conscient de la possibilité que le cas-index transmette une information fausse ou incomplète à ses partenaires.

Bien soutenir le cas-index est donc essentiel pour une démarche efficace et de qualité.

Il faut s'assurer que la personne atteinte a toute l'information requise et qu'elle la transmettra à ses partenaires. À cette fin, il faut :

- lui donner l'information pertinente (nom de l'infection, symptômes, modes de transmission, complications possibles en l'absence de traitement, etc.) pour qu'elle puisse informer adéquatement ses partenaires ;
- lui faire bien comprendre que les partenaires doivent être examinés et traités, et non seulement avisés ;
- s'assurer qu'elle comprend l'importance que ses partenaires consultent rapidement un médecin (idéalement dans les 48 heures) même s'ils ne présentent aucun symptôme ;

- l'aider à prévoir les réactions de ses partenaires (par exemple, en se basant sur leur réaction antérieure à une mauvaise nouvelle) ;
- lui présenter les difficultés et les solutions possibles (par exemple, si un partenaire la blâme, elle fera valoir qu'elle l'avise de la situation parce qu'elle se préoccupe de sa santé) ;
- discuter avec elle de la stratégie à adopter pour aviser ses partenaires :
 - privilégier un environnement confortable et sécuritaire,
 - choisir le meilleur moyen selon la situation (face à face ou par téléphone),
 - dans certains cas, se faire accompagner d'un ami ou d'un parent ;
- discuter avec elle de la façon dont elle s'y prendra concrètement pour avertir chacun d'entre eux. Il faut aider le cas-index à anticiper l'entrevue avec le partenaire en discutant des aspects concrets. Par exemple, si les coordonnées du partenaire sont imprécises, demander au cas-index : *quels moyens allez-vous utiliser pour communiquer avec votre partenaire ?* ;
- lui indiquer les services disponibles dans la région pour l'évaluation et le traitement de ses partenaires ;
- lui remettre ou lui acheminer la documentation qui pourrait lui faciliter la tâche (par exemple, la brochure sur l'infection en cause et la brochure *Entre caresses et baisers, une ITS s'est faufilée... Il faut en parler*) ;
- vérifier sa compréhension de l'information pertinente sur l'infection et préciser les éléments importants à transmettre au partenaire.

Sixièmement, prévoir une relance auprès du cas-index concernant la notification aux partenaires qu'il doit joindre

L'intervention auprès des partenaires doit être faite rapidement, idéalement dans les 48 heures. Un délai maximal d'une semaine est accordé au cas-index pour accomplir sa démarche. Planifier une relance à l'expiration de ce délai et convenir des modalités ainsi que du suivi.

- **Inscrire la date convenue pour la relance** auprès du cas-index dans l'espace prévu à cette fin à la sous-section 1.4, « Gestion interne du dossier ».

Septièmement, colliger les informations relatives au suivi de l'intervention auprès du partenaire

L'intervention préventive auprès des partenaires selon l'approche négociée implique de mettre en place un mécanisme de suivi permettant de vérifier si tous les partenaires ont effectivement été informés, évalués et, le cas échéant, traités. Certaines études ont démontré qu'un tel suivi contribuait à faire augmenter le nombre de partenaires joints.

Les informations sur la notification et la prise en charge permettront ultérieurement de dresser un bilan de l'IPPAP (voir la section 5).

Pour les partenaires devant être avisés par le cas-index

- Communiquer à nouveau avec le cas-index, au moment et selon les modalités convenus.
- Lorsque le cas-index a commencé à aviser l'un ou plusieurs de ses partenaires, le professionnel l'encouragera dans son initiative. Ce dernier pourra aussi faire

verbaliser le cas-index sur sa démarche. Dans certains cas, le professionnel de santé publique pourra insister pour joindre lui-même un ou des partenaires afin de compléter la notification.

- Lorsque le cas-index n'a pas donné suite à la démarche convenue, le professionnel du service de soutien cherchera à en connaître les raisons, sensibilisera à nouveau le cas-index à l'importance de l'intervention préventive auprès de ses partenaires, lui proposera à nouveau de le soutenir dans sa démarche et, selon le cas, conviendra d'un nouvel échéancier.
- En général, le cas-index donne une information juste concernant la démarche qu'il a entreprise auprès de ses partenaires. Cependant, en cas de doute, le professionnel de santé publique peut, par des questions précises, tenter de mesurer la fiabilité de ce que le cas-index rapporte avoir entrepris ; par exemple, il s'informera des réactions du partenaire à l'annonce concernant sa possible infection, des intentions de ce dernier au regard de la consultation, de la date à laquelle le partenaire a été avisé. S'il le juge à propos, le professionnel peut aussi, plus tard au cours de l'entrevue, revenir sur le sujet en demandant au cas-index s'il est certain que le partenaire a été avisé ; cela démontre l'importance accordée à la notification et donne l'occasion au cas-index de se reprendre, s'il y a lieu.
- **Inscrire dans le tableau 4.3.2 :**
 - **sous « Notification »**, la date à laquelle le suivi est effectué auprès du cas-index concernant tous les partenaires qu'il s'était engagé à aviser. Pour chacun d'entre eux, indiquer s'il a été avisé et la date approximative de la notification. Le cas échéant, inscrire la raison pour laquelle le partenaire n'a pas été joint ;
 - **sous « Dépistage » ou « Traitement »**, si, à la connaissance du cas-index, chacun des partenaires qu'il s'était engagé à aviser a été dépisté et traité. Aucun suivi systématique auprès des partenaires joints par le cas-index n'étant prévu, il arrive que les informations sur la prise en charge des partenaires ne soient pas connues ;
 - **sous « Nouvelle entente »**, les nouvelles modalités convenues avec le cas-index pour aviser les partenaires qui ne l'ont pas encore été, en tenant compte des raisons qu'il a invoquées et après lui avoir offert à nouveau du soutien. Si l'intervention doit être effectuée par le professionnel de santé publique, inscrire le numéro de dossier et remplir le formulaire relatif à l'intervention préventive auprès du partenaire.

Pour les partenaires devant être avisés par le professionnel de la santé

- **Inscrire dans le tableau 4.3.2 :**
 - **sous « Notification »**, si le partenaire a été avisé et la date de la notification pour chacun des partenaires devant être avisé par un professionnel de la santé. Le cas échéant, inscrire la raison pour laquelle le partenaire n'a pas été joint ;
 - **sous « Dépistage » ou « Traitement »**, si chacun des partenaires devant être avisé par un professionnel de la santé a été dépisté et traité. Aucun suivi systématique auprès des partenaires n'étant prévu, il arrive que les informations sur la prise en charge des partenaires ne soient pas connues.

Section 5 – Bilan de l'intervention

La dernière section du formulaire permet de préciser le nombre de partenaires qui devaient être joints ainsi que le nombre de ceux qui l'ont effectivement été et par qui, soit le cas-index ou le professionnel de santé publique. Toute information disponible sur le suivi effectué par l'un ou l'autre peut être inscrite à cet endroit. Cette information peut être basée sur la connaissance du cas-index ou celle du professionnel de santé publique, lorsque le partenaire a été joint par ce dernier.

- **Inscrire le nombre de partenaires joints par le cas-index ou par le professionnel de santé publique.**
- **Inscrire le nombre de partenaires évalués, dépistés et, le cas échéant, traités.**
- **Inscrire le nombre de partenaires n'ayant pu être joints** et les raisons pour lesquelles ils ne l'ont pas été.
- **Inscrire la date de fermeture** : date à laquelle le dossier est fermé et envoyé aux archives.

**Annexe 9 : Formulaire relatif à l'intervention préventive auprès des partenaires
et guide d'utilisation du formulaire**

Annexe 9A : Formulaire relatif à l'intervention préventive auprès des partenaires

Formulaire relatif à l'intervention préventive auprès des partenaires

Outil
adaptable

☐ Infection à *Chlamydia trachomatis*

☐ Infection gonococcique

☐ Syphilis

☐ Chancre mou

☐ Granulome inguinal

☐ LGV

SECTION 1 – IDENTIFICATION ET GESTION

1.1 Numéro de dossier : _____

1.2 Identification du partenaire

Prénom : _____ Nom : _____

Numéro d'identifiant (voir le tableau 4.3.2 du formulaire d'enquête épidémiologique auprès du cas-index) : _____

Âge : _____ Date de naissance : ____ / ____ / ____ (aaaa/mm/jj) ☐ Date inconnue

Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin ☐ Transsexuelle homme-femme ☐ Transsexuel femme-homme

☐ Inconnu ☐ Autre, préciser : _____

Région sociosanitaire de résidence : _____ CSSS de résidence : _____

Adresse : _____

Code postal : | | | | | | | |

Autres coordonnées pour joindre le partenaire : _____

Langue parlée : _____

Autres caractéristiques (par ex. : surnom, endroits fréquentés, taille, tatouage, etc.) : _____

Autre information pertinente : _____

Commentaires : _____

Numéros de téléphone, adresse courriel et pseudonyme (indiquer la préférence)

Maison : (_____) _____ - _____ Travail : (_____) _____ - _____

Cellulaire : (_____) _____ - _____ Autre : (_____) _____ - _____

Adresse courriel : _____

Site de rencontre ou clavardoir : _____

1.3 Informations pertinentes sur le cas-index

Numéro MADO dépersonnalisé : _____ Période visée : _____

(voir l'encadré 4.3.1 du formulaire d'enquête épidémiologique auprès du cas-index)

Autre information pertinente : _____

1.4 Gestion interne du dossier

Nom de l'enquêteur : _____ ☐ DRSP, préciser : _____

Autres intervenants : _____ ☐ CSSS, préciser : _____

_____ ☐ Autre établissement, préciser : _____

Date de l'ouverture du dossier : ____ / ____ / ____ (aaaa/mm/jj)

Date du premier entretien : ____ / ____ / ____ (aaaa/mm/jj)

Au besoin, établir une entente pour l'entretien : Date prévue : ____ / ____ / ____ (aaaa/mm/jj) et heure : _____

N° de téléphone : (_____) _____ - _____ Autre information pertinente : _____

Intervention non effectuée, préciser la raison : ☐ Refus ☐ Barrière de langue ☐ Cas perdu pour le suivi

☐ Autre, préciser : _____ Date de la fermeture du dossier : ____ / ____ / ____ (aaaa/mm/jj)

Notes pour le suivi du dossier

Intervention	Date	Commentaires	Initiales

SECTION 2 – RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

2.1 Connaissance de l'exposition, historique des symptômes et antécédents médicaux

Exposition connue du partenaire	Historique des symptômes	Éléments cliniques additionnels pour les femmes en âge de procréer
☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu Donner des précisions en cas d'exposition à plus d'une ITS : _____ _____ _____ _____ _____	☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu Si oui, préciser les symptômes : _____ Date du début : _____ / _____ / _____ (aaaa/mm/jj) Symptômes toujours présents ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu Évaluation clinique ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu Si, oui planifiée ou faite : Date : _____ / _____ / _____ (aaaa/mm/jj) Lieu : _____ Nom du clinicien : _____	Grossesse en cours ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu Si oui, préciser : DPA : _____ / _____ / _____ (aaaa/mm/jj) ☐ Inconnu Suivi de grossesse ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu Si oui, nom du clinicien : _____ Interruption volontaire de grossesse ou avortement au cours des 2 derniers mois ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu Si oui, date : _____ / _____ / _____ (aaaa/mm/jj)

Commentaires : _____

2.2 Traitement, dépistage, et vaccination

Traitement	Dépistage	Vaccination
Traitement antérieur ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu Si oui, date du dernier traitement : _____ / _____ / _____ (aaaa/mm/jj) Lieu : _____ Nom du clinicien : _____ Antibiotiques : _____ _____ _____ _____ _____	Dépistage antérieur ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu Si oui, date du dernier dépistage : _____ / _____ / _____ (aaaa/mm/jj) Lieu : _____ ITSS dépistées selon l'information disponible ☐ <i>C. trachomatis</i> ☐ Inf. gonococcique ☐ Syphilis ☐ VHB ☐ VHC ☐ VIH ☐ Inconnu ☐ Autre : _____ Résultat du dernier dépistage de l'ITS à laquelle le partenaire a été exposé ☐ Positif ☐ Négatif ☐ Inconnu ☐ À venir Autres résultats pertinents : _____ _____ _____	Vaccination antérieure VPH ☐ Oui, préciser le nombre de doses : _____ ☐ Non ☐ Données insuffisantes Si non, préciser si la vaccination est : ☐ Indiquée (référence PIQ) et, si planifié, préciser la date : _____ / _____ / _____ (aaaa/mm/jj) ☐ Non indiquée (référence PIQ) VHB ☐ Oui, préciser le nombre de doses : _____ ☐ Non ☐ Données insuffisantes Si non, la vaccination est indiquée d'emblée (<i>partenaire ITS récente</i>). Indiquer si la vaccination est planifiée et préciser la date : _____ / _____ / _____ (aaaa/mm/jj) VHA ☐ Oui, préciser le nombre de doses : _____ ☐ Non ☐ Données insuffisantes Si non, préciser si vaccination : ☐ Indiquée (référence PIQ) et, si planifié, préciser la date : _____ / _____ / _____ (aaaa/mm/jj) ☐ Non indiquée (référence PIQ)

SECTION 3 – FACTEURS DE RISQUE : AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS

3.1 Avez-vous eu des relations sexuelles avec des hommes, avec des femmes ou avec les deux?

- ☐ Seulement avec des hommes ☐ Seulement avec des femmes
☐ Avec des hommes et des femmes ☐ Inconnu

Partenaires féminines : certaines sont-elles présentement enceintes? ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu

3.2 Avec combien de personnes avez-vous eu des relations sexuelles (orales, vaginales, anales)?

Nombre : _____ ou ☐ De 1 à 3 ☐ De 4 à 10 ☐ Plus de 10

3.3 Avez-vous consommé des drogues

- par injection? ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu
par inhalation? ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu

3.4 Autres facteurs de risque décelés au cours de l'entrevue

préciser : _____

Commentaires (s'il y a lieu, vulnérabilité particulière qui pourrait justifier une demande de soutien psychosocial, par exemple) : _____

À partir des informations recueillies aux sections 2 et 3, l'intervenant indiquera s'il y a lieu d'orienter le partenaire vers d'autres services en vue d'un traitement, d'un dépistage ou d'une vaccination. Il pourra aussi, selon la situation, indiquer s'il faut effectuer un suivi auprès du partenaire pour vérifier s'il s'est soumis au dépistage et s'il observe son traitement. Les interventions cliniques à faire seront notées dans la section 4.

SECTION 4 – AIDE-MÉMOIRE CONCERNANT LA NOTIFICATION ET L'INTERVENTION PRÉVENTIVE AUPRÈS DU PARTENAIRE

4.1 Notification et counseling auprès du partenaire

- ☐ Informer le partenaire du cas-index de son exposition à une ITS et de la nécessité d'être évalué, dépisté et traité, au besoin.
- ☐ Le faire s'exprimer sur ses connaissances et ses perceptions au regard des ITSS, en particulier l'ITS concernée par l'enquête (symptômes ou absence de symptômes, modes de transmission, risques de complications en l'absence de traitement, etc.) et lui fournir de l'information complémentaire au besoin (ex. : gratuité du traitement, envoi par courriel ou par la poste de la brochure *Entre caresses et baisers, une ITS s'est faufilée... Il faut en parler*).
- ☐ Susciter sa motivation à entreprendre une démarche permettant de prévenir les complications d'une infection et de briser la chaîne de transmission.
- ☐ Le cas échéant, convenir du suivi de l'intervention préventive avec le partenaire, dont un retour sur les actions qu'il s'est engagé à entreprendre.

Si le contexte est favorable :

- ☐ Discuter avec le partenaire du cas-index des moyens de faire diminuer son risque de contracter ou de transmettre une ITSS.
- ☐ Le sensibiliser aux principaux facteurs de risque auxquels il est exposé et l'encourager à adopter ou à continuer à avoir des comportements sécuritaires.

Commentaires : _____

Coordonnées pour l'envoi d'informations : _____

4.2 Orientation vers les ressources appropriées

Intervention	Orientation	Suivi (au besoin)
Traitement ITS concernée : _____ ☐ Curatif (<i>partenaire avec symptômes d'ITS qui doit consulter un médecin pour diagnostic et traitement</i>) ☐ Épidémiologique ☐ Aucune intervention nécessaire	Lieu : _____ Nom du clinicien : _____ _____ Type : _____	☐ Traitement reçu Date : _____ / _____ / _____ Antibiotiques : _____ _____ ☐ Non reçu ☐ Inconnu
Dépistage ☐ <i>C. trachomatis</i> ☐ Inf. gonococcique ☐ Syphilis ☐ VIH ☐ VHB ☐ VHC ☐ Autre, préciser : _____ ☐ Aucune intervention nécessaire	Lieu : _____ Nom du clinicien : _____ _____ Type : _____	☐ Effectué Date : _____ / _____ / _____ Résultat : _____ _____ ☐ Non effectué ☐ Inconnu
Vaccination ☐ VHB ☐ VPH ☐ VHA ☐ Autre ☐ Aucune intervention nécessaire	Lieu : _____ Nom du clinicien : _____ _____ Type : _____	☐ Reçu Date : _____ / _____ / _____ Nombre de doses : _____ ☐ Non reçu ☐ Inconnu
Counseling, soutien psychosocial ☐ Counseling ☐ Soutien psychosocial ☐ Programme d'échange de seringues ☐ Autre, préciser : _____ ☐ Aucune intervention nécessaire	Lieu : _____ Nom du clinicien : _____ _____ Type : _____	☐ Reçu Date : _____ / _____ / _____ ☐ Non reçu ☐ Inconnu

Commentaires : (Précisions sur les lacunes de l'intervention prévue, telles que des résultats manquants ou des actions non effectuées, sur les nouvelles avenues du suivi et, le cas échéant, sur les mesures prises, par exemple un rendez-vous, pour l'orientation vers les autres services nécessaires.)

ABRÉVIATIONS UTILISÉES DANS LE QUESTIONNAIRE

CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DPA	Date prévue d'accouchement
DRSP	Direction régionale de santé publique
Inf. gonoc.	Infection gonococcique
ITS	Infection transmissible sexuellement
ITSS	Infection transmissible sexuellement et par le sang
LGV	Lymphogranulomatose vénérienne
MADO	Maladie à déclaration obligatoire
Nb	Nombre
Nº	Numéro
PIQ	Protocole d'immunisation du Québec
VHA	Virus de l'hépatite A
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VPH	Virus du papillome humain

Annexe 9B : Guide d'utilisation du formulaire relatif à l'intervention préventive auprès des partenaires

Le présent guide constitue un aide-mémoire pour l'entrevue à mener auprès des partenaires sexuels d'un cas-index ayant une infection transmissible sexuellement à déclaration obligatoire (ITS-MADO). Cette entrevue s'inscrit dans l'intervention préventive auprès de la personne atteinte d'une telle infection et de ses partenaires. Le guide traite d'abord du déroulement de l'entrevue, scindée en huit étapes, puis du formulaire relatif à l'intervention préventive auprès du partenaire. Il contient des explications sur ce formulaire et donne des pistes pour l'intervention.

Le formulaire relatif à l'intervention préventive auprès du partenaire peut être utilisé chaque fois que le professionnel de santé publique intervient auprès d'une personne qui a eu une relation sexuelle avec un cas-index.

Ce formulaire peut servir de dossier-patient pour chacun des partenaires devant être joint. Il permet :

- de faciliter la collecte des informations nécessaires à l'intervention préventive ;
- de colliger l'information relative aux interventions effectuées afin d'assurer le suivi du dossier.

PREMIÈRE PARTIE : DÉROULEMENT DE L'ENTRETIEN TÉLÉPHONIQUE AVEC LE PARTENAIRE (à adapter pour un entretien face à face)

L'entretien avec le partenaire se déroule souvent dans un contexte où ce dernier ne perçoit pas son risque de contracter une infections transmissible sexuellement et par le sang (ITSS), et qu'il ne ressent ni le besoin de discuter de prévention des ITSS ni de consulter un médecin pour le dépistage ou le traitement d'une telle infection. Pour susciter, chez ce partenaire, la motivation à entreprendre une démarche visant à être dépisté et traité, les intervenants auront avantage à demeurer attentifs à ses préoccupations, à se montrer ouverts à répondre à ses questions, à prendre ses besoins en considération et à faciliter sa démarche en faisant tomber les barrières.

L'entretien avec le partenaire vise :

- à l'informer de son exposition à une ITS, sans porter de jugement ;
- à susciter sa motivation à entreprendre une démarche lui permettant de prévenir les complications d'une infection non traitée et de briser la chaîne de transmission ;
- à l'orienter vers les services appropriés pour le traitement, le dépistage, le counseling et la vaccination, notamment, selon la situation ;
- si le contexte est favorable, à lui offrir un counseling préventif qui permettra :
 - d'évaluer son risque,
 - de lui éviter toute nouvelle exposition,
 - de lui parler des pratiques sécuritaires.

Tout au long de l'entretien, le professionnel de santé publique :

- garantira la confidentialité des propos ;

- répondra honnêtement aux questions de la personne sans toutefois dévoiler d'informations sur le cas-index ;
- sera attentif aux réactions de cette personne quant à l'information qui lui est transmise et lui donnera l'occasion de manifester tant ses émotions que ses inquiétudes.

L'entrevue est divisée arbitrairement en huit étapes à seule fin d'en faciliter la présentation. Le déroulement de l'entretien variera selon le contexte et la réaction du partenaire. Parfois, il peut être tout aussi efficace de laisser celui-ci s'exprimer librement et de noter au fur et à mesure les informations qu'il donne, quitte à les ordonner par la suite. Cependant, le professionnel de santé publique doit se sentir suffisamment à l'aise de procéder ainsi et avoir assez d'expérience pour déceler les informations pertinentes à l'enquête épidémiologique dans les propos du cas-index.

1^{re} étape : S'identifier

- Se nommer.
- Mentionner le nom de l'établissement pour lequel on travaille.

À ce moment-ci, il importe de ne pas préciser encore le nom du service afin de ne pas aiguiller l'interlocuteur sur la raison particulière pour laquelle le professionnel de santé publique désire parler à la personne à qui il téléphone (ce peut être quelqu'un d'autre qui répond).

Par exemple :

Bonjour, je voudrais parler à monsieur (ou madame) _____ (prénom et nom du ou de la partenaire). Je m'appelle (votre prénom et votre nom). Je suis infirmière à _____ (nom de l'établissement). Je vous appelle pour discuter avec vous d'une information personnelle et confidentielle.

2^e étape : Vérifier l'identité de l'interlocuteur

- S'assurer qu'il s'agit de la bonne personne en vérifiant, notamment :
 - si l'âge ou la date de naissance concordent avec les informations inscrites dans le dossier (il peut arriver que deux personnes aient le même prénom dans une résidence) ;
 - si l'adresse correspond à l'information dont on dispose.

Par exemple :

Comme j'ai à vous transmettre de l'information confidentielle, je voudrais m'assurer que vous êtes bien monsieur (ou madame) _____. Pouvez-vous me donner (selon les renseignements que vous avez) votre date de naissance, votre adresse ?

- Selon le contexte, on vérifiera certains ou l'ensemble des éléments disponibles.

Si la personne peut parfois se sentir agressée par cette façon de faire, celle-ci donne à penser que le respect de la confidentialité est important.

3^e étape : Garantir la confidentialité de l'entretien

- Prendre les mesures pour que l'entretien se fasse en privé.
- Vérifier si la personne peut parler librement et si le moment est opportun pour elle ; sinon, planifier un rendez-vous. Il faut alors s'entendre avec le partenaire sur le meilleur moment pour le joindre et s'informer du numéro de téléphone à utiliser pour ce faire.

Par exemple :

Ce que j'ai à vous dire est confidentiel. Cette conversation restera entre vous et moi. Est-ce que vous pouvez me parler maintenant ? Êtes-vous seul au téléphone ? Y a-t-il des gens autour de vous ?

- Sinon : *Quand et où puis-je vous rappeler ?*

S'il n'est pas possible pour la personne de parler librement et qu'un rendez-vous est fixé, inscrire cette information dans la section 1.4, « Gestion interne du dossier ».

4^e étape : Préciser le motif de l'appel tout en préservant l'anonymat du cas-index

- Informer le partenaire de son exposition à une ITS et de la légitimité de votre appel.
- Attention : l'identité du cas-index ne doit pas être révélée au partenaire. Ne fournir à ce dernier que les informations sur l'infection à laquelle il a été exposé et ne pas lui donner de renseignements qui lui permettraient d'identifier le cas-index (ex. : le lieu de leur rencontre ou les circonstances de l'exposition). De plus, éviter d'utiliser les pronoms *il* ou *elle* pour parler du cas-index. Bien que l'IPPAP cible les partenaires des dernières semaines, préciser que la période d'incubation est difficile à déterminer chez une personne asymptomatique, qu'elle varie et qu'elle peut s'étendre au-delà d'un an (ex. : infection à *Chlamydia trachomatis*, infection gonococcique).

Par exemple :

Vous avez été nommé comme contact par une personne ayant une ITS.

Ou

J'ai de bonnes raisons de croire que vous avez été en contact avec une personne qui a une infection transmissible sexuellement, appelée _____ (infection du cas-index).

Cette infection, comme plusieurs autres, est toujours signalée au personnel de la santé publique, dont je fais partie. C'est pour cela que j'ai reçu cette information.

Il est possible que vous soyez infecté même si vous n'avez aucun symptôme (vulgariser l'idée au besoin). J'aimerais discuter avec vous de la marche à suivre pour que vous soyez examiné et traité rapidement.

Autre exemple :

Lorsque nous recevons une déclaration de _____ (nom de l'infection), je téléphone à la personne infectée pour savoir quels sont ses partenaires sexuels qui peuvent avoir été infectés à leur tour. Votre nom a été cité. Je ne peux pas vous dire qui a mentionné votre nom, c'est confidentiel. Vous comprendrez que je doive respecter la confidentialité avec cette personne autant qu'avec vous.

- Faire s'exprimer la personne sur sa réaction quant à l'information donnée et lui donner l'occasion de manifester ses émotions et ses inquiétudes ou de poser des questions.

Par exemple :

Étiez-vous déjà au courant ? Comment vous sentez-vous par rapport au fait (ou Que pensez-vous du fait) d'avoir peut-être une ITS sans le savoir ?

Au besoin, selon la réaction du partenaire :

- lui présenter l'intervention préventive auprès des partenaires et lui expliquer le rôle ainsi que la responsabilité du réseau de la santé publique dans le cadre de cette intervention ;
- lui expliquer la raison d'être de l'intervention préventive, qui permet d'éviter :
 - les conséquences sérieuses d'une infection non traitée,
 - les risques de réinfection,
 - la transmission de l'infection à une autre personne,
 - l'évolution de cette infection vers des complications, même si la personne atteinte demeure asymptomatique ;
- lui expliquer les mesures prises pour préserver la confidentialité.

5^e étape : Expliquer le déroulement de l'entrevue

- Donner à la personne une estimation de la durée de l'entrevue.
- Lui expliquer que quelques questions visant à éclairer sa situation lui seront posées et lui offrir une intervention adaptée à ses besoins.
- Lui expliquer qu'elle est libre de répondre ou non à chaque question.
- Lui rappeler que les informations sont et demeureront confidentielles.

6^e étape : Recueillir les renseignements et déterminer l'intervention requise

- Utiliser le formulaire relatif à l'intervention préventive auprès du partenaire comme guide.
- Présenter chaque série de questions.

Par exemple :

Avant de remplir la section 2 : *J'ai quelques questions sur votre état de santé.*

Avant de remplir la section 3 : *Je vais maintenant vous poser des questions sur des comportements ou des circonstances qui pourraient faire en sorte que vous risquez d'avoir une infection transmissible sexuellement.*

7^e étape : Intervention préventive auprès du partenaire

- Utiliser la section 4 du formulaire comme guide.

8^e étape : Conclure l'intervention

- Résumer les actions convenues pour la suite de l'enquête épidémiologique.

- Garantir sa disponibilité ou celle de son service pour répondre aux besoins ultérieurs de la personne.

Par exemple :

N'hésitez pas à me rappeler si vous avez des questions. Mon numéro est le _____ (donner le numéro de téléphone de l'établissement). Je travaille les _____ (jours et heures). Maintenant, si j'ai à vous rappeler, est-ce que je compose le numéro de téléphone auquel je vous ai joint ou un autre numéro ?

- Inscrire toute information complémentaire pour le suivi du dossier aux endroits prévus à cet effet dans le formulaire.

DEUXIÈME PARTIE : EXPLICATIONS RELATIVES AU FORMULAIRE

Le formulaire est conçu selon une certaine logique d'intervention qui a régi l'ordre dans lequel les éléments y apparaissent. Le déroulement de l'entretien avec le partenaire d'un cas-index ne respectera pas nécessairement cet ordre et l'intervenant devra s'adapter aux réponses. Ce dernier devra toutefois se référer au formulaire pour s'assurer de ne pas omettre d'éléments importants.

Le formulaire permet de standardiser les renseignements à porter au dossier. De façon générale, il faut cocher la case « Inconnu » lorsque l'information n'a pu être obtenue (par exemple, le partenaire ne veut pas répondre à une question ou la question ne lui a pas été posée).

Section 1 – Identification et gestion

La première section du formulaire sert à consigner l'information donnée par le cas-index sur son partenaire sexuel, lorsqu'une entente a été établie pour que le professionnel de santé publique joigne ce partenaire (voir la section 4.3 de l'un ou l'autre des formulaires « Enquête épidémiologique (ITS-MADO, incluant l'IPPAP) auprès du cas-index »).

L'information obtenue du cas-index sera validée par le partenaire ou complétée avec lui.

- **Cocher l'infection (MADO) du cas-index (en haut, à droite).**

1.1 Numéro de dossier : Numéro propre à l'établissement.

1.2 Identification du partenaire

Inscrire ou préciser les éléments suivants :

- **le prénom et le nom** du partenaire ou son surnom, le cas échéant ;
- **le numéro d'identifiant** : soit le numéro désignant le partenaire, selon le tableau servant à identifier les partenaires du cas-index dans le formulaire « Enquête épidémiologique (ITS-MADO, incluant l'IPPAP) auprès du cas-index » (voir la section 4.3.2 de ce formulaire) ;
- **l'âge et la date de naissance** : les quatre chiffres de l'année doivent être écrits pour distinguer une personne née en 1912 d'une personne née en 2012 ;
- **le sexe** :
 - cocher « Inconnu » si le sexe est inconnu ou impossible à déterminer,

- cocher « Transsexuelle homme-femme » si le sexe original (chromosomique ou biologique) est masculin et que les étapes de la transformation pour devenir une femme (traitement hormonal et chirurgie de réattribution sexuelle) sont complétées^a,
- cocher « Transsexuel femme-homme » si le sexe original (chromosomique ou biologique) est féminin et que les étapes de la transformation pour devenir un homme (traitement hormonal et chirurgie de réattribution sexuelle) sont complétées^b,
- cocher « Autre » et préciser si une autre catégorie ressort au cours de l'entretien ;
- **la région sociosanitaire de résidence ainsi que le centre de santé et de services sociaux (CSSS) de résidence** : ces variables permettent d'évaluer la distribution des cas par région sociosanitaire et par territoire de CSSS ;
- **les coordonnées disponibles** (adresse postale, numéros de téléphone, adresse courriel et autres coordonnées) : ces informations sont d'abord recueillies auprès du cas-index. L'important est d'en avoir suffisamment pour joindre le partenaire. D'autres renseignements pourront s'avérer utiles (par exemple, la langue parlée ou des caractéristiques physiques telles que le surnom ou la taille). Toutes ces informations pourront être validées par le partenaire et complétées avec lui, surtout si un suivi est planifié ;
- au besoin, noter toute autre information pertinente à l'intervention dans la partie réservée à cette fin (par exemple, le meilleur moment et la meilleure façon de joindre le partenaire, la langue parlée).

1.3 Informations pertinentes sur le cas-index

Les renseignements de base à inscrire dans la sous-section 1.3 sont ceux qui sont pertinents à l'intervention auprès du partenaire. Le professionnel de santé qui communique avec le partenaire d'un cas-index dans le cadre d'une intervention préventive auprès des partenaires ne doit en aucun cas révéler le nom du cas-index ni le confirmer au partenaire qui soupçonne une personne en particulier. Il faut aussi prêter attention à ne pas inscrire dans le dossier du partenaire des renseignements qui pourraient permettre à celui-ci d'identifier le cas-index s'il demande à consulter son propre dossier.

- **Inscrire le numéro MADO.** Cette information permet de faire le lien facilement entre le cas-index et le partenaire. Si le cas-index habite dans une autre région, c'est le numéro dépersonnalisé qui sera inscrit.
- **Inscrire la période visée.** Il s'agit de la période définie pour identifier les partenaires exposés (voir la sous-section 4.3.1 du formulaire « Enquête épidémiologique (ITS-MADO, incluant l'IPPAP) auprès du cas-index).

Au besoin, inscrire toute autre information pertinente à l'intervention à l'endroit prévu à cet effet.

a. Définitions tirées de MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Surveillance des maladies à déclaration obligatoire au Québec : Guide de saisie des données du registre central des maladies à déclaration obligatoire*, rédigé par E. Bisson, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004, vi + 311 p., [En ligne].
[<http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/mado.php>].

b. *Ibidem*.

1.4 Gestion interne du dossier

Le contenu de la présente sous-section est fourni à titre indicatif et les autorités de santé publique de chaque région sociosanitaire peuvent l'adapter à leur mode de fonctionnement. Les informations inscrites doivent cependant permettre d'identifier le ou les professionnels responsables de l'intervention, d'établir la chronologie de l'intervention et de connaître les raisons d'une intervention non ou partiellement faite.

Cette sous-section n'a pas à être remplie pendant l'entrevue.

- **Inscrire le nom de l'enquêteur**, soit le nom du professionnel de santé publique responsable du suivi de l'intervention. Il est possible que plusieurs professionnels participent à l'enquête. Toutefois, il demeure important de désigner l'un d'entre eux comme responsable d'entreprendre l'intervention auprès du partenaire.
- **Cocher le type d'établissement responsable** de la réalisation de l'enquête. Si c'est la direction régionale de santé publique (DRSP), inscrire le numéro de la région sociosanitaire (de 01 à 18) ; si c'est un centre de santé et de services sociaux (CSSS), inscrire le nom du centre; si c'est un autre établissement, préciser lequel.
- **Inscrire la date d'ouverture du dossier**, qui est soit celle de l'entente avec le cas-index ou celle du transfert du cas par la direction de santé publique d'une autre région (lorsque le partenaire ne réside pas sur le territoire desservi par l'établissement ayant offert l'intervention préventive au cas-index).
- **Inscrire la date du premier entretien** avec le partenaire.
- **Inscrire la date et l'heure du prochain appel téléphonique**, si l'entrevue doit être remise à plus tard, après entente avec le partenaire.
- **Si l'intervention préventive auprès du partenaire n'a pas été effectuée, indiquer la raison.** Cocher « Cas perdu pour le suivi » si le partenaire n'a pu être joint malgré le recours à des moyens raisonnables pendant une période convenable (des semaines, plutôt que des jours). Des notes au dossier (dans la partie « Notes pour le suivi du dossier ») permettront de vérifier si de tels moyens ont été employés.
- **Inscrire la date de la fermeture du dossier**, qui est celle de la dernière action ou, si la personne n'a pu être jointe, celle à laquelle on considère que toutes les tentatives raisonnables ont été faites pour tenter de joindre ce partenaire.
- Inscrire, dans la partie « Notes pour le suivi du dossier », tous les renseignements complémentaires qui paraissent pertinents pour le suivi du dossier : tentatives d'appels pour joindre le partenaire, contacts établis, envoi d'une lettre à un partenaire n'ayant pu être joint par téléphone, etc.

Section 2 – Renseignements cliniques

La section 2 vise à recueillir toute l'information pertinente concernant la prise en charge clinique antérieure du partenaire en rapport avec l'ITS en cause ainsi que certaines informations sur sa condition actuelle et ses antécédents médicaux en vue de lui offrir le suivi le mieux adapté possible à sa situation.

2.1 Connaissance de l'exposition, historique des symptômes et antécédents médicaux

Avant de recueillir des renseignements cliniques, il convient d'informer le partenaire de son exposition à une ITS. Il peut être approprié de vérifier ensuite ses connaissances sur l'infection et de les compléter au besoin. Les aspects suivants seront abordés :

- l'information générale sur l'infection et sur les autres ITSS (symptômes et caractère souvent asymptomatique, modes de transmission, risques de complications, etc.) ;
 - l'information sur le traitement (son importance, la gratuité de la médication, les effets secondaires, etc.) et sur le dépistage.
-
- **Exposition connue du partenaire :** indiquer si le partenaire était déjà informé de son exposition. S'il a été exposé à plus d'une ITSS, inscrire le nom des autres infections à l'endroit prévu à cette fin.
 - **Historique des symptômes :** s'informer de la manifestation de symptômes permet à l'intervenant de déterminer si le partenaire doit être orienté vers un médecin pour diagnostic et traitement curatif ou plutôt pour traitement épidémiologique et dépistage (incluant counseling). Si le partenaire dit avoir ou avoir eu des symptômes en rapport avec une ITSS, cocher « Oui », inscrire la date du début des symptômes, préciser ces symptômes et, au besoin, indiquer leur persistance. Indiquer également si le partenaire a fait l'objet d'une évaluation clinique ; si oui, inscrire les informations sur la consultation (date, lieu et clinicien).
 - **Éléments cliniques additionnels pour les femmes en âge de procréer :** certaines informations, de nature clinique, sur la condition actuelle et les antécédents médicaux des partenaires féminines en âge de procréer mettent en évidence des facteurs qui pourraient influencer l'intensité de l'intervention et le suivi.
 - **Grossesse en cours :** indiquer si la femme est présentement enceinte. Une femme enceinte aura besoin d'un suivi clinique étroit, lequel permettra de s'assurer de l'efficacité du traitement avant l'accouchement, du traitement des partenaires et de l'adoption de comportements sécuritaires (pour éviter la réinfection). Il faudra également planifier le suivi auprès du nouveau-né. La date prévue d'accouchement (DPA) permet de gérer le niveau de priorité. Le fait de ne pas avoir accès à un suivi obstétrical peut augmenter le risque de transmission d'une ITSS à un nouveau-né. Il sera donc important d'inscrire dans le dossier de la femme enceinte qui a été exposée à une ITSS si elle bénéficie ou non d'un suivi de grossesse. Si ce n'est pas le cas, elle devra être orientée vers les ressources pouvant lui fournir un tel suivi.
 - **Interruption volontaire de grossesse (IVG) ou avortement :** une IVG récente peut faire augmenter le risque de développer des complications lorsqu'une infection à *Chlamydia trachomatis* ou une infection gonococcique ne sont pas traitées. Indiquer si la femme a eu un IVG ou un avortement au cours des deux derniers mois et, dans l'affirmative, en indiquer la date. Cette information est moins pertinente dans le cas d'une exposition à la syphilis.

2.2 Informations sur le dépistage et le traitement en rapport avec l'exposition actuelle ainsi que sur les antécédents de vaccination

- **Indiquer si un traitement a été administré.** Préciser la date du traitement, le milieu clinique ou le nom du professionnel qui l'a prescrit et l'antibiotique utilisé. En comparant la date du dernier traitement et la date de la dernière exposition (selon les informations fournies par le cas-index), l'intervenant pourra savoir si le traitement a été administré après la date de la dernière exposition. Si le partenaire a reçu un traitement conforme aux recommandations après la date de la dernière exposition, le traitement épidémiologique ne s'avère pas nécessaire.
- **Indiquer si un dépistage a été fait ainsi que la date du dernier dépistage.** En comparant la date du dernier dépistage et la date de la dernière exposition (selon les informations fournies par le cas-index), l'intervenant pourra savoir si le dépistage a été fait après celle-ci. Inscrire les ITSS dépistées, à la lumière des informations disponibles. Il est en effet indiqué de dépister l'infection à laquelle le partenaire a été exposé mais possiblement d'autres infections aussi, en fonction des indications figurant dans le Guide québécois de dépistage des ITSS. Si le partenaire a bénéficié d'un dépistage conforme aux recommandations après la date de la dernière exposition, il n'y aurait pas lieu d'en faire un nouveau. S'il est disponible, inscrire le résultat du test de dépistage de l'infection à laquelle le partenaire a été exposé. Inscrire, s'ils sont disponibles et pertinents dans le cadre de l'intervention, les résultats des tests de dépistage d'autres ITSS.
- **Inscrire les informations relatives à la vaccination** contre le virus du papillome humain (VPH), le virus de l'hépatite A (VHA) et le virus de l'hépatite B (VHB). Les réponses du partenaire aux questions sur les facteurs de risque, à la section suivante, permettront de vérifier si la vaccination contre l'hépatite A est indiquée pour lui. Se référer ensuite au Protocole d'immunisation du Québec pour vérifier si les autres vaccins précités sont également indiqués pour le partenaire.

Section 3 – Informations sur les facteurs de risque au cours des 12 derniers mois

L'objectif principal de l'intervention auprès du partenaire est double : que ce dernier reçoive un traitement épidémiologique lorsque cela est indiqué; qu'il bénéficie d'un dépistage et d'une évaluation clinique.

Si le contexte est favorable, une évaluation sommaire des facteurs de risque permettra d'offrir au partenaire un counseling préventif adapté à ses besoins. Elle permettra aussi, dans une perspective de surveillance des infections, de mieux documenter les caractéristiques du réseau au sein duquel l'ITS est susceptible de se propager.

- **Sexe des partenaires :** indiquer si le partenaire a eu des relations sexuelles seulement avec des hommes, seulement avec des femmes ou avec des hommes et des femmes. On ne cherche pas ici à connaître l'orientation sexuelle, mais plutôt le sexe des personnes avec qui le partenaire a eu des relations sexuelles (orales, vaginales et anales) dans les 12 derniers mois. On posera la question sur la grossesse de ses partenaires à tout homme ayant eu des relations sexuelles avec des femmes afin de favoriser la rapidité de l'intervention si une infection est confirmée chez cet homme.
- **Nombre de partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois :** le fait d'avoir de multiples partenaires est associé à un risque plus grand d'être infecté par une ITS. Il n'y a pas de définition uniforme de la notion de *partenaires multiples*. Au

Québec, à des fins de compréhension commune dans le cadre de la mise à jour des indications relatives au dépistage, le fait d'avoir eu plus de trois partenaires sexuels dans la dernière année a été retenu comme indicateur du risque d'acquisition d'une ITSS. Si le cas-index ne peut donner un nombre exact de ses partenaires, lui proposer les catégories suivantes, qui permettront d'évaluer sa prise de risque : « De 1 à 3 », « de 4 à 10 » et « Plus de 10 ».

- **Consommation de drogues par injection ou par inhalation** : cette question permet de vérifier s'il y a un risque lié aux drogues par injection ou par inhalation (avec une paille ou une pipe en verre). En outre, elle permet d'évaluer plus précisément la pertinence de lui recommander le dépistage du VHB, du VHC et du VIH ainsi que de l'orienter vers les services appropriés pour un counseling sur la réduction des méfaits liés à la consommation de drogues.

Section 4 – Notification et intervention préventive auprès du partenaire

La quatrième section du formulaire contient un aide-mémoire qui vise à soutenir le professionnel dans l'intervention préventive auprès du partenaire. Cet aide-mémoire ne remplace évidemment pas le jugement de l'intervenant. Il s'utilise en fonction des besoins recensés au cours de l'intervention. Le counseling fait dans ce contexte vise d'abord à permettre au partenaire de recevoir les soins appropriés à sa situation (traitement épidémiologique, dépistage, etc.) ; il pourrait viser également à l'amener à adopter des comportements sécuritaires qui réduiront ses risques de contracter à nouveau une ITSS.

4. 1 Counseling auprès du partenaire

Généralement, l'information sur l'infection à laquelle a été exposé le partenaire lui est transmise au début de l'intervention.

Amener le partenaire à verbaliser ce qu'il sait sur l'ITS à laquelle il a été exposé et sur les mesures de prévention des ITSS stimulera sa motivation à entreprendre les actions attendues. L'intervenant pourra ensuite reconnaître les connaissances du partenaire et, le cas échéant, rectifier les inexactitudes avant de l'encourager à réaliser ses intentions, dans une perspective de respect de son autonomie. Au besoin, l'intervenant pourra lui donner des informations complémentaires et des conseils, tout en lui demandant ses réactions par rapport aux recommandations qui lui sont faites.

À la fin de l'entrevue, l'intervenant pourra passer en revue les principaux éléments qui ont été abordés et reformuler les actions que le partenaire s'est engagé à entreprendre. Cet exercice permet, d'une part, au partenaire de corriger au besoin la perception de l'intervenant et, d'autre part, à ce dernier de guider le partenaire vers l'actualisation de ses intentions. De la documentation écrite sur les ITS et l'intervention préventive pourra être transmise au partenaire (par courrier ou par courriel). Il importe alors de noter l'adresse à laquelle celui-ci désire la recevoir, de façon à éviter tout bris de confidentialité.

Contexte de l'entrevue

Dans un contexte peu favorable (manque de temps, réticence du partenaire, etc.), la priorité de l'intervenant sera de susciter la motivation du partenaire à consulter un professionnel de la santé pour un traitement épidémiologique, un dépistage et une évaluation clinique. Mais quand le contexte s'y prête, offrir au partenaire un counseling

portant sur la prévention des ITSS et visant à l'amener à adopter des comportements sécuritaires s'avère pertinent et utile.

Pour introduire la partie « intervention préventive » proprement dite de l'entretien, il est recommandé de poser les questions ouvertes suivantes :

Comment décririez-vous votre risque de contracter une ITS ?

Que pensez-vous de diminuer ce risque ?

Comment pourriez-vous diminuer ce risque ?

Ces questions donneront au partenaire l'occasion de s'exprimer à propos de ses connaissances, de ses perceptions, de ses croyances et de ses craintes, notamment. Elles peuvent en outre faire diminuer sa résistance à une intervention parfois perçue comme intrusive.

L'intervenant pourra alors renchérir sur les éléments favorables à la prévention exprimés par le partenaire et lui proposer de compléter ses connaissances ou rectifier les inexactitudes dans ses propos concernant les éléments qui contribuent au risque de contracter une ITS. Il évitera d'être exhaustif à tout prix au sujet des comportements sécuritaires. Le fait qu'un partenaire mentionne un seul élément qu'il se dit prêt à changer constitue un premier pas vers le succès.

À partir des informations recueillies aux sections 2 et 3, l'intervenant sera en mesure de savoir s'il y a lieu d'orienter le partenaire vers d'autres services en vue d'un dépistage, d'un traitement ou d'une vaccination. Si des facteurs de vulnérabilité particuliers sont décelés chez ce dernier, il pourrait aussi recevoir un soutien psychosocial. L'intervenant sera également en mesure de décider de la nécessité d'effectuer un suivi auprès du partenaire pour vérifier s'il s'est soumis au dépistage ou à la vaccination et s'il observe son traitement. Les interventions à faire seront notées dans la section 4.

4.2 Orientation vers les ressources appropriées et suivi

Le but ultime de l'intervention préventive auprès des partenaires étant de s'assurer qu'ils soient évalués et traités en raison de leur exposition à une ITS, l'orientation vers d'autres ressources, médicales ou infirmières, revêt donc une importance toute particulière. Il faut donc diriger la personne vers la ressource la plus appropriée.

Selon les informations recueillies aux sections 2, « Renseignements cliniques », et 3, « Informations sur les facteurs de risque au cours des 12 derniers mois », et selon sa réaction par rapport à la notification (par exemple, s'il exprime de la détresse), le partenaire sera orienté vers les services offrant le traitement, dépistage, la vaccination, ou le soutien psychosocial dont il a besoin.

Si le partenaire a déjà reçu les services que son état requerrait après la date de la dernière exposition, cocher « Aucune intervention nécessaire » dans les parties relatives au dépistage, au traitement et à la vaccination du tableau se trouvant à la sous-section 4.2. De même, cocher « Aucune intervention nécessaire » si un soutien psychosocial ne semble pas être nécessaire.

En ce qui concerne le traitement, l'orientation sera différente selon que le partenaire présente ou non des symptômes. Dans le premier cas, si les symptômes peuvent avoir

un lien avec l'ITS à laquelle le partenaire a été exposé, il devra être orienté vers un médecin ou une infirmière praticienne spécialisée de première ligne pour un examen clinique, un diagnostic et un traitement curatif. En l'absence de symptômes, le partenaire pourra être orienté pour obtenir un traitement épidémiologique auprès d'un médecin, d'une infirmière praticienne spécialisée ou d'un autre professionnel de la santé pouvant appliquer une ordonnance collective si une telle procédure a été mise en place.

En ce qui concerne la vaccination, à partir des renseignements cliniques notés dans le tableau de la sous-section 2.2, inscrire le ou les vaccins qui devraient être offerts au partenaire. S'il a déjà reçu les vaccins indiqués pour lui, cocher « Aucune intervention nécessaire ».

Afin d'orienter adéquatement le partenaire vers les services dont il a besoin, l'intervenant s'informe de ses ressources (médecin de famille, dossier au CSSS, etc.) et de ses préférences au regard des modalités. Enfin, il lui indique les renseignements à transmettre au clinicien qu'il consultera.

Par exemple :

Puisque c'est une infection dont les symptômes ne sont pas toujours apparents, il est important de consulter un médecin pour être examiné et traité.

Avez-vous un médecin de famille ?

Est-ce que vous pouvez consulter votre médecin traitant ou un autre professionnel de la santé pour cette infection ?

Est-ce que vous pouvez avoir un rendez-vous dans les prochains jours ?

Est-ce que vous aimeriez venir rencontrer le médecin de notre établissement ? Est-ce que vous voudriez que je vous aide à trouver une clinique ou à prendre un rendez-vous ?

Il faut dire au médecin que vous allez consulter que vous avez été en contact avec une personne qui a _____ (infection du cas-index). Écrivez le nom sur un papier, c'est très important. Si vous préférez, je préparerai une lettre pour le médecin, que vous pourrez lui remettre en main propre ou que je lui enverrai (voir, à l'annexe 10 du guide d'intervention sur les ITS-MADO, le modèle de lettre dont l'objet est l'orientation vers un médecin d'un partenaire qui a été informé de son exposition à une ITS).

Inscrire la **proposition acceptée** par le partenaire dans la deuxième colonne du tableau de la sous-section 4.2.

Suivi

Dans certains cas, l'intervenant peut juger nécessaire d'effectuer un suivi (soit auprès du cas-index, soit auprès du professionnel ou du milieu clinique vers lequel le partenaire a été orienté) de l'application de l'intervention recommandée (traitement, dépistage, vaccination, autre). Les actions relatives à ce suivi seront consignées dans la troisième colonne du tableau de la sous-section 4.2.

Éléments facilitants pour l'orientation du partenaire vers d'autres services

L'annexe 10 du guide d'intervention sur les ITS-MADO contient un modèle de lettre aux fins de l'orientation du partenaire vers un clinicien pour une consultation médicale (Orientation vers un médecin d'un partenaire qui a été informé de son exposition à une ITS). Cette lettre permet de préciser les besoins du partenaire : dépistage, traitement épidémiologique, vaccination, etc.

Dans certains cas, l'intervenant pourra communiquer avec le médecin pour s'assurer que le rendez-vous soit pris dans le délai requis.

Annexe 10 : Lettres et courriels types

Plusieurs modèles de lettres ou de courriels ont été produits pour faciliter la communication de la direction régionale de santé publique avec les cliniciens, les personnes atteintes d'une infection transmissible sexuellement à déclaration obligatoire (ITS-MADO) et leurs partenaires. Ces modèles concernent différentes actions de la santé publique en rapport avec l'enquête épidémiologique à la suite d'une déclaration, notamment celles qui touchent l'intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une ITS et auprès de leurs partenaires (IPPAP). Ils devront être adaptés en fonction des réalités régionales.

No	Sujet de la lettre ou du courriel type	Destinataires	Objectifs
10A	IPPAP - Offre de soutien et collaboration avec les médecins	Cliniciens du territoire	- Expliquer aux cliniciens du territoire l'intervention qui sera faite par la direction régionale de santé publique à la suite d'une déclaration d'ITS-MADO prioritaire. - Offrir d'établir une entente aux cliniciens qui souhaitent effectuer l'IPPAP selon l'approche négociée auprès de leurs patients atteints d'une ITS-MADO prioritaire.
10B	Entente préalable pour une intervention préventive effectuée par le médecin pour les cas prioritaires	Cliniciens du territoire	Confirmer l'entente préalable prise entre la direction régionale de santé publique et les cliniciens qui souhaitent effectuer l'IPPAP selon l'approche négociée auprès de leurs patients atteints d'une ITS-MADO prioritaire.
10C	Formulaire de collecte des renseignements pour la syphilis et la LGV	Cliniciens qui ont établi une entente préalable avec la direction régionale de santé publique et ont effectué l'IPPAP selon l'approche négociée auprès de leurs patients atteints d'une ITS-MADO prioritaire	Faciliter la transmission des renseignements essentiels à l'enquête épidémiologique par les cliniciens qui effectuent l'IPPAP selon l'approche négociée auprès de leurs patients atteints d'une ITS-MADO prioritaire.

10D	Fiche de transfert de dossier d'un service à un autre ou d'une région à une autre : - cas-index, - partenaire	Autre service de la même région, direction régionale de santé publique d'une autre région ou autorités de santé publique d'une autre province	Permettre de transmettre de l'information pertinente à un professionnel de santé publique dans le cadre d'une intervention préventive auprès d'une personne atteinte d'une ITS ou auprès de ses partenaires.
10E	Lettre type destinée au clinicien à la suite d'un rapport confirmant la présence d'une souche de gonorrhée résistante aux antibiotiques	Cliniciens dont un patient est atteint d'une infection gonococcique résistante aux antibiotiques	- Informer le clinicien que son patient est atteint d'une infection gonococcique résistante aux antibiotiques. - Sensibiliser le clinicien aux nouvelles recommandations sur le traitement.
10F	Suivi à donner au clinicien, concernant une démarche de la santé publique auprès de l'un de ses patients, selon les deux cas de figure suivants : - collaboration du patient, - absence de collaboration du patient	Cliniciens	- Informer le clinicien de l'intervention préventive faite auprès de l'un de ses patients. - Renforcer la collaboration du médecin en soulignant l'importance de l'IPPAP.
10G	Orientation vers un médecin d'un partenaire qui a été informé de son exposition à une ITS	Cliniciens	- Faciliter l'orientation vers un médecin d'un partenaire informé de son exposition à une ITS. - Assurer la prise en charge adéquate du partenaire.
10H	Invitation à communiquer avec un professionnel de santé publique : personne infectée ou partenaire	- Personne atteinte - Partenaire	Inciter un cas-index ou un partenaire à communiquer avec un professionnel de santé publique.

10A
IPPAP – OFFRE DE SOUTIEN ET COLLABORATION AVEC LES MÉDECINS

Docteur (ou Docteure), _____, le _____

Nous sollicitons votre collaboration pour mener des interventions préventives auprès des personnes atteintes d'une infection transmissible sexuellement et auprès de leurs partenaires (IPPAP). Vous trouverez ci-joint une description de notre offre de soutien et de la collaboration souhaitée.

Les infections transmissibles sexuellement (ITS) sont en recrudescence au Québec. Une hausse importante des taux d'incidence des cas déclarés s'y observe. Ainsi, entre 1997 et 2011, l'augmentation a été de 170 % pour l'infection à *Chlamydia trachomatis* et de 235 % pour l'infection gonococcique. Depuis le début des années 2000, le Québec fait face à une résurgence de la syphilis infectieuse (3 cas en 1998 et plus de 600 en 2011). Alors qu'au début des années 2000, elle touchait presque exclusivement des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, cette infection atteint de plus en plus de jeunes âgés de 15 à 24 ans. *(remplacer ce paragraphe par des données régionales)*

La lutte contre les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) comprend plusieurs stratégies et actions utilisées dans l'ensemble du Québec. Au rang de ces stratégies figure l'IPPAP, une intervention dont l'efficacité est reconnue lorsqu'il s'agit d'éviter la réinfection de la personne atteinte d'une ITS et qui contribue à briser la chaîne de transmission. Elle doit être faite rapidement après le diagnostic. Sans IPPAP, jusqu'à 60 % des partenaires sexuels d'une personne atteinte ne sont pas avisés de leur exposition à une ITS. Plusieurs partenaires sont asymptomatiques, peuvent transmettre l'infection qui les atteint et développer des complications.

La littérature montre que, pour les cas prioritaires, le soutien offert à la personne atteinte doit être intensif (approche négociée). Dans notre région, la Direction de santé publique souhaite offrir ce soutien aux personnes atteintes des ITS suivantes :

- *(constituer la liste selon l'offre de service de base et les priorités régionales)*

Si vous préférez que vous ou un membre de votre équipe effectue l'IPPAP selon l'approche négociée pour les cas prioritaires, vous devez prendre une entente préalable avec nous à cette fin (voir le modèle d'entente ci-joint).

Pour vos patients atteints d'une ITSS non visée par l'offre d'une intervention intensive, nous vous rappelons que l'IPPAP fait partie du counseling post-test.

N'hésitez pas à communiquer avec nous pour discuter des modalités de nos interventions ou faire une demande de service. Il est plus facile de nous joindre entre _____ et _____ heures *(inscrire les heures d'ouverture)*, _____ *(indiquer les jours d'ouverture)*, au _____ *(indiquer le numéro de téléphone)*. Vous pouvez laisser un message dans notre boîte vocale, auquel nous répondrons rapidement, ou nous adresser un courriel : _____. Pour toute situation urgente en dehors des heures ouvrables, vous pouvez communiquer avec le médecin de garde en maladies infectieuses, selon la procédure habituelle.

En espérant que ces informations vous conviendront, je vous prie d'agréer, Docteur (ou Docteure), mes salutations distinguées.

 Signature du directeur de santé publique

p. j. : Description des services offerts par la Direction de santé publique et précisions sur la collaboration souhaitée
 Entente préalable concernant une intervention préventive effectuée par le médecin pour les cas prioritaires

Description des services offerts par la Direction de santé publique et précisions sur la collaboration souhaitée

Pour les cas prioritaires – Offre de soutien de la Direction de santé publique pour effectuer l'IPPAP selon l'approche négociée (soutien intensif)

Des professionnels de santé publique sont formés pour offrir à vos patients un soutien intensif qui consiste :

- à consolider le counseling préventif que vous avez amorcé auprès de votre patient ;
- à dresser une liste de ses partenaires sexuels ayant pu être exposés ;
- à établir une entente pour que chacun de ses partenaires soit avisé soit par votre patient, soit par le professionnel de santé publique ;
- à préparer votre patient à aviser les partenaires qu'il aura décidé de joindre lui-même ;
- à intervenir auprès d'un ou de plusieurs partenaires de votre patient selon l'entente convenue avec lui ;
- à effectuer un suivi auprès de votre patient (s'il a décidé d'aviser lui-même tous ses partenaires ou seulement certains d'entre eux).

Après un délai de 72 heures suivant la réception de la déclaration (la vôtre ou celle du laboratoire) à la Direction de santé publique, un professionnel de santé publique communiquera avec votre patient afin de lui proposer de le soutenir dans ses démarches auprès de ses partenaires.

La Direction de santé publique sollicite votre collaboration :

- pour informer d'avance tous vos patients que, si le résultat d'un test de dépistage d'une ITS-MADO est positif, ils pourraient recevoir l'appel d'un professionnel de santé publique qui leur offrira de les soutenir dans leur démarche pour aviser leurs partenaires ;
- pour fournir les renseignements cliniques demandés par ce professionnel (validation des cas aux fins de la vigilance et de la surveillance).

Pour les cas autres que prioritaires

Le soutien de la personne atteinte demeure nécessaire, mais il peut être assuré selon l'approche passive. L'IPPAP fait partie du counseling post-test fait auprès d'une personne atteinte d'une ITSS (voir l'outil d'aide à la pratique clinique intitulé *Intervention préventive relative aux ITSS : Visite subséquente et counseling post-test*, à l'adresse <http://www.fmoq.org/Lists/FMOQDocumentLibrary/fr/Formation%20Professionnelle/Politiques%20et%20documentation/Formulaires/08-308-02FA_ITSS_VisiteSubsequente.pdf>). Ce soutien peut être offert par vous ou par un professionnel de votre équipe. Il consiste :

- à dresser avec votre patient une liste des personnes à joindre en fonction de la période de contagiosité de l'infection qui le touche (voir l'outil *Les partenaires sexuels, il faut s'en occuper !*, publié par le ministère de la Santé et des Services sociaux) ;
- à préparer votre patient à dire à ses partenaires qu'ils doivent être évalués par un médecin et traités, le cas échéant ;
- à remettre de la documentation à votre patient (ex. : brochure *Entre caresses et baisers, une ITS s'est faufilée... Il faut en parler*, publiée par le ministère de la Santé et des Services sociaux) ;
- au besoin, à demander à un professionnel de santé publique de soutenir votre patient ou encore d'intervenir auprès de ses partenaires.

10B
ENTENTE PRÉALABLE POUR UNE INTERVENTION PRÉVENTIVE
EFFECTUÉE PAR LE MÉDECIN POUR LES CAS PRIORITAIRES

Prénom et nom du médecin
 Adresse
 Ville et code postal

_____, le _____

La présente officialise que moi-même ou un membre de mon équipe effectuera l'intervention préventive auprès de mes patients atteints d'une infection transmissible sexuellement à déclaration obligatoire (ITS-MADO) **prioritaire** et auprès de leurs partenaires (IPPAP) selon l'approche négociée.

À la suite d'une déclaration d'ITS-MADO prioritaire, **pour toutes les personnes atteintes de** (*indiquer les ITS sur lesquelles portent l'entente, selon l'offre de service de base ITS-MADO et les priorités régionales*)

Je m'engage à ce que l'intervention recommandée soit effectuée, laquelle inclut les actions suivantes :

- **Offrir les conseils préventifs** en matière de santé sexuelle à mon patient, afin de favoriser chez lui l'adoption et le maintien de comportements sexuelles sécuritaires, et lui offrir la **vaccination** recommandée ou l'orienter vers les services appropriés pour qu'il puisse recevoir gratuitement les vaccins indiqués.
- **Expliquer à mon patient l'importance et la nécessité** d'aviser tous ses partenaires sexuels, actuels et anciens.
- **Soutenir mon patient dans sa démarche** visant à aviser ses partenaires :
 - _____ en déterminant avec lui les partenaires devant être joints ET en le préparant à effectuer sa démarche par une discussion sur les façons de procéder ;
 - _____ en m'assurant qu'il pourra orienter ses partenaires vers les ressources appropriées (mon propre milieu clinique **OU** une autre ressource disponible) pour une évaluation clinique (dépistage et traitement épidémiologique).
- **Assurer un suivi de sa démarche (une semaine plus tard)**, afin de vérifier si tous ses partenaires ont été joints et avisés ET de discuter avec lui des difficultés particulières qu'il a éprouvées.
- **Mettre en place les moyens pour que les partenaires que mon patient n'a pu joindre soient avisés.**
- **Fournir à la direction régionale de santé publique tous les renseignements exigés aux fins de l'enquête épidémiologique, incluant l'intervention menée auprès de mon patient et auprès de ses partenaires, et ce,** (*préciser le délai pour transmettre ces informations à la DSP, par exemple annuellement ou à chaque déclaration*).

Pour faciliter l'échange d'information (enquête épidémiologique et intervention effectuée), sur réception de l'entente signée, nous vous ferons parvenir un formulaire de collecte des renseignements requis pour l'enquête épidémiologique (incluant l'IPPAP).

Si vous préférez, vous pouvez aussi communiquer avec nous par téléphone pour nous fournir ces renseignements et les informations sur l'intervention que vous avez faite auprès de votre patient et de ses partenaires.

Après discussion entre les deux parties, la présente entente peut à tout moment être modifiée.
 En foi de quoi, les parties ont accepté et signé la présente entente.

 Représentant de santé publique

 Docteur ou docteure

Le _____

Le _____

Outil adaptable

10 C
FORMULAIRE DE COLLECTE DES RENSEIGNEMENTS
POUR LA SYPHILIS ET LA LGV

Formulaire de collecte des renseignements pour la syphilis

Nom du clinicien (infirmière, infirmier ou médecin) : _____ N° du dossier clinique : _____

IDENTIFICATION DU CAS

Nom : _____ Prénom : _____
 Date de naissance : _____ / _____ / _____ (aaaa/mm/jj) Sexe : ☐ M ☐ F ☐ Autre ou inconnu
 Adresse : _____
 Code postal : _____
 Région de résidence : _____
 Tél. (rés.) : (_____) _____ - _____ (trav.) : (_____) _____ - _____ (cell.) : (_____) _____ - _____

1. Raisons du test de détection et historique des symptômes

■ Raison du test de détection

- ☐ Dépistage d'ITSS (bilan ITSS)
☐ Dépistage prénatal (grossesse)
☐ Présence de symptômes
☐ Contact d'un cas connu de syphilis (IPPAP)
☐ Contact d'un cas connu autre ITSS (IPPAP)
☐ Autre, préciser : _____
☐ Inconnue

■ Historique des signes ou symptômes ☐ Oui ☐ Non

Si oui, préciser lesquels et en indiquer la date du début Date (aaaa/mm/jj)

☐ Ulcère/chancres, site : _____ / _____ / _____

☐ Lésions cutanéo-muqueuses typiques : _____ / _____ / _____

☐ éruption maculo-papulaire _____ / _____ / _____

☐ éruption palmo-plantaire _____ / _____ / _____

☐ éruption autre, site : _____ / _____ / _____

☐ condylomes, sites : _____ / _____ / _____

☐ Adénopathies, sites : _____ / _____ / _____

☐ Symptômes systémiques (fièvre, malaise, céphalée, myalgie) _____ / _____ / _____

☐ Manifestations cliniques compatibles avec une neurosyphilis _____ / _____ / _____

☐ Autre, préciser : _____ / _____ / _____

2. Site/nature des prélèvements positifs et résultats de laboratoire

■ Date du prélèvement : _____ / _____ / _____ (aaaa/mm/jj)

■ Site du prélèvement : ☐ Sang ☐ Chancres ☐ LCR ☐ Lésion cutanée ☐ Autre : _____

■ Résultats des tests tréponémiques sérologie ou microscopie

EIA ☐ Réactif ☐ Non réactif ☐ Inconnu
 TP-PA ☐ Réactif ☐ Non réactif ☐ Inconnu
 INNO-LIA ☐ Réactif ☐ Non réactif ☐ Inconnu

■ Résultats tests non tréponémiques

RPR ☐ Réactif, titre : _____ ☐ Non réactif ☐ Inconnu
 TRUST ☐ Réactif, titre : _____ ☐ Non réactif ☐ Inconnu

■ Ponction lombaire : ☐ Faite le : _____ / _____ / _____ (aaaa/mm/jj) ☐ Positif ☐ Négatif ☐ Inconnu
☐ Non faite ☐ Prévue le : _____ / _____ / _____ (aaaa/mm/jj)

Si autre test, nom du test : _____ Résultat : _____ Date : _____ / _____ / _____

■ Sérologies ANTÉRIEURES : ☐ Non requises ☐ Inconnues ☐ Faites le : _____ / _____ / _____ (aaaa/mm/jj)

VDRL, RPR ou TRUST ☐ Réactif ☐ Non réactif ☐ Inconnu
 EIA : ☐ Réactif ☐ Non réactif ☐ Inconnu
 TP-PA : ☐ Réactif ☐ Non réactif ☐ Inconnu
 FTA-ABS ou FTA-ABS-DS ☐ Réactif ☐ Non réactif ☐ Inconnu
 INNO-LIA : ☐ Réactif ☐ Non réactif ☐ Inconnu

3. Diagnostic (voir l'Aide-mémoire sur les définitions nosologiques, à la fin du questionnaire)

☐ Syphilis primaire ☐ Syphilis secondaire ☐ Syphilis latente précoce (≤ un an)
☐ Syphilis tardive (plus d'un an) ☐ Neurosyphilis ☐ Syphilis tertiaire autre que la neurosyphilis
☐ Syphilis dont le stade est imprécis ☐ Tréponématose non vénérienne (ex. : pian, bejel)
☐ Sérologie faussement positive ☐ Sérologie positive résiduelle d'une syphilis antérieure adéquatement traitée,
 Traitement : _____ Date : _____ / _____ / _____ (aaaa/mm/jj)

4. ITSS concomitante (cocher toutes les ITS diagnostiquées en même temps que l'ITS déclarée)

☐ Infection à *C. trachomatis* ☐ Infection gonococcique ☐ Hépatite B ☐ Hépatite C ☐ Autre, préciser : _____

5. Traitements administrés Cocher TOUS les antibiotiques prescrits. Pour vérifier la conformité avec les recommandations, se référer aux [Guides sur le traitement pharmacologique des ITSS de l'INESSS](#) (voir la référence complète après l'Aide-mémoire)

☐ Pénicilline G benzathine (Bicillin L-A) 2,4 millions unités IM x _____ doses _____ / _____ / _____
☐ Doxycycline (alternative si allergie et désensibilisation ne peut être effectuée) 100 mg PO BID x _____ jours _____ / _____ / _____
☐ Autre, préciser : _____ Dosage : _____ / _____ / _____

6. Visite de suivi (contrôle)

☐ Par moi ☐ Orienté vers un autre médecin, préciser : _____ ☐ Non

7. Hémovigilance pour les cas de syphilis en phase contagieuse

■ Organe ou tissu reçu (transplantation) ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu

Si oui, préciser l'institut : _____ Ville : _____

■ Si aucune exposition (relations sexuelles, transmission mère-enfant) dans les six mois précédant le début de l'infection.

Sang ou produit sanguin reçu (transfusion) ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu

Sperme reçu (insémination artificielle) ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu

Si oui, préciser l'institution : _____ Ville : _____

À remplir pour les cas de syphilis infectieuse (primaire, secondaire, latente de moins d'un an)

8. Facteurs de risque

⇒ Antécédents d'ITSS

Chlamydia ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu LGV ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu

Gonorrhée ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu Hépatite B ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu

Syphilis ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu Hépatite C ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu

Autre, préciser : _____

⇒ Grossesse en cours : ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu ☐ N/A (homme)

⇒ Communauté ethnoculturelle :

☐ Canadienne ☐ Autochtone : ☐ Premières nations ☐ Métisse ☐ Inuite

☐ États-unienne ☐ Caribéenne

☐ Latino-américaine ☐ Européenne

☐ Nord-africaine ou moyenne-orientale

☐ Africaine subsaharienne

☐ Asiatique de l'Est ou du Sud-Est

☐ Asiatique du Sud

☐ Inconnue

☐ Autre, préciser : _____

⇒ Nombre de partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois : _____ partenaires ou ☐ 1-3 ☐ 4-10 ☐ >10 ☐ Inconnu

⇒ Sexe du ou des partenaires : ☐ Hommes ☐ Femmes ☐ Hommes et femmes ☐ Inconnu

Des partenaires féminines étaient-elles enceintes? ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu

⇒ Partenaires anonymes : ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu

⇒ Milieux de rencontre des partenaires sexuels

☐ Amis/famille

☐ Bar/club

☐ Prison

☐ Internet (sans précision)

☐ École

☐ Party privé

☐ Application mobile/téléphonie (Grindr, Hotline, etc.)

☐ Autre, préciser : _____

☐ Travail

☐ Club échangiste

☐ Internet (sites de rencontre)

Commentaires : _____

☐ Parc/camping

☐ Sauna

☐ Internet (réseaux sociaux)

⇒ Relations sexuelles au cours des 12 derniers mois avec un ou une partenaire qui réside habituellement à l'extérieur du Québec :

☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu

Si oui ☐ Voyage du patient en dehors du Québec

Endroit où le patient a voyagé : _____

☐ Visite du ou de la partenaire au Québec

Endroit de résidence du ou de la partenaire : _____

⇒ Utilisation du condom pendant les relations sexuelles :

	Toujours	À l'occasion	Jamais	Inconnu	Ne s'applique pas
Orales	☐	☐	☐	☐	☐
Vaginales	☐	☐	☐	☐	☐
Anales	☐	☐	☐	☐	☐

⇒ Relations sexuelles au cours des 12 derniers mois en échange :

d'argent ou autre reçu par le patient (travailleur ou travailleuse du sexe) :

☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu

d'argent ou autre donné par le patient (client ou cliente) :

☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu

⇒ Consommation de drogues illicites au cours des 12 derniers mois : ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu

Si oui, injection ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu inhalation ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu

⇒ Facteurs de risque des partenaires

☐ Homme ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes

☐ Personne qui consomme des drogues par injection

☐ Personne ayant d'autres partenaires

☐ Personne qui a des relations sexuelles à l'extérieur du Québec

☐ Personne ayant eu des relations sexuelles en échange d'argent/autres biens

☐ Personne qui a ou qui a eu des ITSS, préciser : _____

☐ Inconnu

☐ Autre, préciser : _____

9. Intervention préventive auprès de la personne atteinte et de ses partenaires

☐ Sensibiliser le patient aux avantages qu'il peut tirer de l'intervention préventive auprès de ses partenaires, notamment celui de faire diminuer son risque de réinfection et d'être vu comme une personne responsable;

☐ Lui présenter les différents services pouvant l'appuyer dans sa démarche (par exemple, soutien d'un professionnel de santé publique) et les mesures prises pour préserver la confidentialité des renseignements recueillis;

☐ Lui offrir du soutien pour une intervention préventive auprès de ses partenaires respectant les règles du consentement et de la confidentialité ainsi que la relation médecin-patient : identification des partenaires exposés, examen des éléments aidant ou nuisant à la notification aux partenaires.

■ Nombre de partenaires à joindre : _____

■ Acceptez-vous qu'un professionnel de santé publique communique avec un ou plusieurs des partenaires afin de faire la notification et d'entreprendre une intervention préventive? ☐ Oui (fournir les coordonnées des partenaires en question) ☐ Non (remplir la section ci-après)

Coordonnées du partenaire : _____

Coordonnées du partenaire : _____

(Au besoin, joindre une autre page s'il y a plusieurs partenaires)

10. Intervention préventive des partenaires effectuée par la clinique, inscrivez les informations pour chaque partenaire à notifier
Indiquer toutes les dates en (aaaa/mm/jj)

Identification du partenaire				
Identifiant (prénom, nom, surnom, pseudonyme) : _____				
No	Age et sexe	Type de partenaire	Type relations sexuelles	Dernière relation sexuelle
	Age : _____ ☐ Féminin ☐ Masculin ☐ Autre : _____	☐ Conjoint ☐ Régulier ☐ Occasionnel ☐ Aventure ☐ Anonyme	☐ Orale : ☐ Protégée ☐ Non protégée ☐ Vaginale : ☐ Protégée ☐ Non protégée ☐ Anale : ☐ Protégée ☐ Non protégée	Date : _____ / _____ / _____
Type d'entente				
☐ Déjà avisé ☐ Sera avisé par le cas-index (à relancer après 1 semaine) ☐ Orienté vers santé publique (inscrire n°dossier formulaire partenaire) ☐ Dossier à transférer : préciser dans commentaires				
Suivi de l'intervention auprès des partenaires				
Notification		Traitement		Dépistage
☐ Partenaire avisé, date : _____ / _____ / _____ ☐ Partenaire non avisé : demander raisons et préciser la nouvelle entente		☐ Traité, date : _____ / _____ / _____ ☐ Non traité ☐ Inconnu		☐ Dépisté, date : _____ / _____ / _____ Résultat : ☐ Positif ☐ Négatif ☐ Inconnu ☐ Non dépisté ☐ Inconnu
Nouvelle entente				
☐ Cas index ☐ Santé publique (inscrire n°dossier formulaire partenaire) ☐ Autre : préciser				
Commentaires :				

Identification du partenaire				
Identifiant (prénom, nom, surnom, pseudonyme) : _____				
No	Age et sexe	Type de partenaire	Type relations sexuelles	Dernière relation sexuelle
	Age : _____ ☐ Féminin ☐ Masculin ☐ Autre : _____	☐ Conjoint ☐ Régulier ☐ Occasionnel ☐ Aventure ☐ Anonyme	☐ Orale : ☐ Protégée ☐ Non protégée ☐ Vaginale : ☐ Protégée ☐ Non protégée ☐ Anale : ☐ Protégée ☐ Non protégée	Date : _____ / _____ / _____
Type d'entente				
☐ Déjà avisé ☐ Sera avisé par le cas-index (à relancer après 1 semaine) ☐ Orienté vers santé publique (inscrire n°dossier formulaire partenaire) ☐ Dossier à transférer : préciser dans commentaires				
Suivi de l'intervention auprès des partenaires				
Notification		Traitement		Dépistage
☐ Partenaire avisé, date : _____ / _____ / _____ ☐ Partenaire non avisé : demander raisons et préciser la nouvelle entente		☐ Traité, date : _____ / _____ / _____ ☐ Non traité ☐ Inconnu		☐ Dépisté, date : _____ / _____ / _____ Résultat : ☐ Positif ☐ Négatif ☐ Inconnu ☐ Non dépisté ☐ Inconnu
Nouvelle entente				
☐ Cas index ☐ Santé publique (inscrire n°dossier formulaire partenaire) ☐ Autre : préciser				
Commentaires :				

Identification du partenaire				
Identifiant (prénom, nom, surnom, pseudonyme) : _____				
No	Age et sexe	Type de partenaire	Type relations sexuelles	Dernière relation sexuelle
	Age : _____ ☐ Féminin ☐ Masculin ☐ Autre : _____	☐ Conjoint ☐ Régulier ☐ Occasionnel ☐ Aventure ☐ Anonyme	☐ Orale : ☐ Protégée ☐ Non protégée ☐ Vaginale : ☐ Protégée ☐ Non protégée ☐ Anale : ☐ Protégée ☐ Non protégée	Date : _____ / _____ / _____
Type d'entente				
☐ Déjà avisé ☐ Sera avisé par le cas-index (à relancer après 1 semaine) ☐ Orienté vers santé publique (inscrire n°dossier formulaire partenaire) ☐ Dossier à transférer : préciser dans commentaires				
Suivi de l'intervention auprès des partenaires				
Notification		Traitement		Dépistage
☐ Partenaire avisé, date : _____ / _____ / _____ ☐ Partenaire non avisé : demander raisons et préciser la nouvelle entente		☐ Traité, date : _____ / _____ / _____ ☐ Non traité ☐ Inconnu		☐ Dépisté, date : _____ / _____ / _____ Résultat : ☐ Positif ☐ Négatif ☐ Inconnu ☐ Non dépisté ☐ Inconnu
Nouvelle entente				
☐ Cas index ☐ Santé publique (inscrire n°dossier formulaire partenaire) ☐ Autre : préciser				
Commentaires :				

Identification du partenaire				
Identifiant (prénom, nom, surnom, pseudonyme) : _____				
No	Age et sexe	Type de partenaire	Type relations sexuelles	Dernière relation sexuelle
	Age : _____ ☐ Féminin ☐ Masculin ☐ Autre : _____	☐ Conjoint ☐ Régulier ☐ Occasionnel ☐ Aventure ☐ Anonyme	☐ Orale : ☐ Protégée ☐ Non protégée ☐ Vaginale : ☐ Protégée ☐ Non protégée ☐ Anale : ☐ Protégée ☐ Non protégée	Date : _____ / _____ / _____
Type d'entente				
☐ Déjà avisé ☐ Sera avisé par le cas-index (à relancer après 1 semaine) ☐ Orienté vers santé publique (inscrire n°dossier formulaire partenaire) ☐ Dossier à transférer : préciser dans commentaires				
Suivi de l'intervention auprès des partenaires				
Notification		Traitement		Dépistage
☐ Partenaire avisé, date : _____ / _____ / _____ ☐ Partenaire non avisé : demander raisons et préciser la nouvelle entente		☐ Traité, date : _____ / _____ / _____ ☐ Non traité ☐ Inconnu		☐ Dépisté, date : _____ / _____ / _____ Résultat : ☐ Positif ☐ Négatif ☐ Inconnu ☐ Non dépisté ☐ Inconnu
Nouvelle entente				
☐ Cas index ☐ Santé publique (inscrire n°dossier formulaire partenaire) ☐ Autre : préciser				
Commentaires :				

AIDE-MÉMOIRE

Rappel sur le traitement épidémiologique

Traitement offert, même en l'absence d'un résultat d'analyse de laboratoire ou en cas de résultat négatif, aux partenaires sexuels des 90 derniers jours des cas de syphilis infectieuse et des cas de syphilis latente tardive dont les titres sont $\geq 1:32$ ainsi qu'aux partenaires dont le suivi est incertain.

Partenaires à joindre selon la période de contagiosité

Syphilis primaire : jusqu'à 3 mois avant le début des symptômes et pendant la durée des symptômes. Si la date du début des symptômes est inconnue ou incertaine*, les partenaires visés sont ceux qui ont eu un contact sexuel avec la personne infectée jusqu'à 4 mois et une semaine avant le moment du diagnostic.

Syphilis secondaire : jusqu'à 6 mois avant le début des symptômes et pendant la durée des symptômes. Si la date du début des symptômes est inconnue ou incertaine* les partenaires visés sont ceux qui ont eu un contact sexuel avec la personne infectée jusqu'à 8 mois avant le moment du diagnostic.

Syphilis latente précoce (< 1 an) : jusqu'à 1 an avant le moment du diagnostic.

* Si la date du début des symptômes est inconnue ou incertaine, mais que vous observez des symptômes de syphilis au moment de poser votre diagnostic, il faut ajouter une période correspondant à la durée maximale des symptômes.

Syphilis infectieuse	Critères de validation de la classification des cas déclarés de syphilis ¹ (sauf syphilis congénitale)
☐ Primaire	Observation de <i>Treponema pallidum</i> dans un prélèvement provenant d'un chancre ou d'un ganglion lymphatique régional par un examen microscopique sur fond noir ou à l'aide d'anticorps fluorescents (DFA-TP). OU Détection d'acides nucléiques de <i>Treponema pallidum</i> dans un prélèvement provenant d'un chancre. OU Présence d'au moins un chancre compatible avec une syphilis primaire et détection sérologique d'une infection à <i>Treponema pallidum</i> par deux tests reconnus, dont au moins un test tréponémique, chez une personne sans antécédent de syphilis. OU Présence d'au moins un chancre compatible avec une syphilis primaire et augmentation d'au moins quatre fois du titre du dernier test non tréponémique (VDRL, RPR, TRUST ou autres) par rapport au test non tréponémique précédent chez une personne ayant déjà été traitée pour la syphilis.
☐ Secondaire	Observation de <i>Treponema pallidum</i> dans un prélèvement provenant de lésions cutané-muqueuses ou d'un condylome plat par un examen microscopique sur fond noir ou à l'aide d'anticorps fluorescents (DFA-TP). OU Présence DES DEUX conditions suivantes : 1) lésions cutané-muqueuses typiques (éruption cutanée, alopecie, chute des cils et du tiers latéral des sourcils), uvéite, adénopathies généralisées, fièvre, malaises ou splénomégalie; ET 2) détection sérologique d'une infection à <i>Treponema pallidum</i> par deux tests reconnus, dont au moins un test tréponémique, ou augmentation d'au moins quatre fois du titre du dernier test non tréponémique par rapport au précédent test non tréponémique.
☐ Latente précoce	Présence DES TROIS conditions suivantes : 1) absence de manifestations cliniques de syphilis; ET 2) détection sérologique d'une infection à <i>Treponema pallidum</i> par deux tests reconnus, dont au moins un test tréponémique; ET 3) UNE des quatre situations suivantes : • résultat négatif ou titre quatre fois inférieur pour un test non tréponémique effectué au cours des 12 derniers mois, OU • symptômes compatibles avec une syphilis primaire ou secondaire, apparus au cours des 12 derniers mois et non traités, OU • personne ayant eu un contact sexuel avec un patient atteint d'une syphilis primaire, secondaire ou latente précoce au cours des 12 derniers mois et non traitée, OU • épisode antérieur de syphilis traité adéquatement pour lequel la seule cause qui explique la persistance des titres élevés est une nouvelle infection.

1. D'après MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Surveillance des maladies à déclaration obligatoire au Québec : Définitions nosologiques pour les maladies infectieuses*, 9^e édition, 2012, p. 105-108. Les définitions nosologiques comprennent plusieurs notes explicatives auxquelles il convient de se référer au besoin.

AIDE-MÉMOIRE (SUITE)

Syphilis non infectieuse	Critères de validation de la classification des cas déclarés de syphilis ² (sauf syphilis congénitale)
☐ Latente tardive	Présence DES QUATRE conditions suivantes : 1) détection sérologique d'une infection à <i>Treponema pallidum</i> par un test tréponémique (TP-PA, FTA-ABS-DS, MHA-TP, EIA, INNO-LIA ou autres tests reconnus) indépendamment du résultat du test non tréponémique (VDRL, RPR, TRUST ou autres); ET 2) absence de manifestations cliniques de syphilis; ET 3) aucun traitement antérieur pour la syphilis; ET 4) absence de situations suggérant l'acquisition de l'infection par <i>Treponema pallidum</i> au cours des 12 derniers mois (mentionnées au point 3 de la définition de cas de la syphilis latente précoce).
☐ Neurosyphilis	Détection sérologique d'une infection à <i>Treponema pallidum</i> par un test tréponémique (TP-PA, FTA-ABS-DS, MHA-TP, EIA, INNO-LIA ou autres tests reconnus) indépendamment du résultat au test non tréponémique (VDRL, RPR, TRUST ou autres) chez une personne qui présente UNE des trois conditions suivantes : 1) un VDRL utilisant une méthode spécifique validée réactif sur un LCR non sanguinolent; ou 2) manifestations cliniques compatibles avec une neurosyphilis (syphilis méningo-vasculaire, parésie généralisée ou tabes dorsalis, par exemple) et pléiocytose sur le LCR en l'absence d'autres causes; ou 3) manifestations cliniques compatibles avec une neurosyphilis (syphilis méningo-vasculaire, parésie généralisée ou tabes dorsalis, par exemple) et protéinorachie sur le LCR en l'absence d'autres causes.
☐ Tertiaire, autre que neurosyphilis	Détection sérologique d'une infection à <i>Treponema pallidum</i> par un test tréponémique (TP-PA, FTA-ABS-DS, MHA-TP, EIA, INNO-LIA ou autres tests reconnus) indépendamment du résultat du test non tréponémique (VDRL, RPR, TRUST ou autres) chez une personne qui présente LES DEUX conditions suivantes : 1) manifestations cliniques compatibles au niveau du système cardiovasculaire, osseux ou cutané en l'absence d'autres causes; ET 2) absence de manifestations cliniques ou d'épreuves de laboratoire compatibles avec une neurosyphilis.
Syphilis sans précision	Critères
☐ Sans précision	Présence DES DEUX conditions suivantes : 1) détection sérologique d'une infection à <i>Treponema pallidum</i> par un test tréponémique (TP-PA, FTA-ABS-DS, MHA-TP, EIA, INNO-LIA ou autres tests reconnus) indépendamment du résultat du test non tréponémique (VDRL, RPR, TRUST ou autres); ET 2) renseignements cliniques disponibles ne permettant pas de classer le stade clinique du cas comme défini précédemment.

Les guides sur le traitement des infections transmissibles sexuellement et par le sang suivants présentent les recommandations québécoises :

INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX. *Guides sur le traitement pharmacologique des ITSS : Syphilis* [6 p.], *Cervicite mucopurulente, atteinte inflammatoire pelvienne (AIP), urétrite, épididymite/orchi-épididymite* [5 p.], *Herpès génital* [4 p.], *Infection à Chlamydia trachomatis, infection à Neisseria gonorrhoeae* [4 p.], *Condylomes (verruës génitales)* [4 p.], Québec, Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, 2012.

2. D'après MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Surveillance des maladies à déclaration obligatoire au Québec : Définitions nosologiques pour les maladies infectieuses*, 9^e édition, 2012, p. 105-108. Les définitions nosologiques comprennent plusieurs notes explicatives auxquelles il convient de se référer au besoin.

ABRÉVIATIONS UTILISÉES DANS LE QUESTIONNAIRE

ASPC	Agence de la santé publique du Canada
BID	<i>Bis in die</i> (deux fois par jour)
<i>C. trachomatis</i>	<i>Chlamydia trachomatis</i>
DFA-TP	<i>Direct Fluorescent Antibody Test for Treponema pallidum</i>
EIA	<i>Enzymeimmunoassay</i>
Ex.	Exemple
FTA-ABS-DS	<i>Fluorescent Treponemal Antibody Absorption Test</i>
IM	Intramusculaire
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
INNO-LIA	<i>Immunoline Assay</i>
IPPAP	Intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une infection transmissible sexuellement et auprès de leurs partenaires
ITS	Infection transmissible sexuellement
ITSS	Infection transmissible sexuellement et par le sang
LCR	Liquide céphalo-rachidien
MADO	Maladie à déclaration obligatoire
MHA-TP	<i>Microhemagglutination Assay</i>
N°	Numéro
PO	<i>Per os</i> (« par la bouche », voie orale)
RPR	<i>Rapid plasma reagin</i>
TAAN	Test d'amplification d'acides nucléiques
Tél.	Téléphone
TP-PA	<i>Treponema pallidum Particle Agglutination Assay</i>
TRUST	Épreuve de flocculation à l'antigène lipidique et au rouge de Toluidine
VDRL	<i>Veneral Disease Research Laboratory</i>

Formulaire de collecte de renseignements pour la lymphogranulomatose vénérienne

Nom du clinicien (infirmière, infirmier ou médecin) : _____ N° du dossier clinique : _____

IDENTIFICATION DU CAS

Nom : _____ Prénom : _____
 Date de naissance : _____ / _____ / _____ (aaaa/mm/jj) Sexe : ☐ M ☐ F ☐ Autre ou inconnu
 Adresse : _____
 Code postal : _____
 Région de résidence : _____
 Tél. (rés.) : (_____) _____ - _____ (trav.) : (_____) _____ - _____ (cell.) : (_____) _____ - _____

1. Raisons du test de détection et historique des symptômes

■ Raison du test de détection

- ☐ Présence de symptômes
☐ Contact d'un cas connu de LGV (IPPAP)
☐ Autre, préciser : _____
☐ Inconnue

■ Historique des signes ou symptômes ☐ Oui ☐ Non

Si oui, préciser lesquels et en indiquer la date du début Date (aaaa/mm/jj)
☐ Rectite/proctite (écoulement muqueux, purulent, sanguin) _____ / _____ / _____
☐ Lymphadénopathie inguinale (bubon) _____ / _____ / _____
☐ Lésion génitale (papule, ulcère) _____ / _____ / _____
☐ Symptômes systémiques (fièvre, malaise, céphalée, myalgie) _____ / _____ / _____
☐ Selles sanguinolentes _____ / _____ / _____
☐ Autre, préciser : _____ _____ / _____ / _____

2. Site/nature des prélèvements positifs et résultats de laboratoire

- Sites prélèvements pour lesquels un résultat positif a été obtenu ☐ Anus/rectum ☐ Ganglion/bubon ☐ Sang
☐ Lésion, préciser les sites : _____ ☐ Autre, préciser : _____

■ Résultats

TAAN C. *Trachomatis* (ex. : PCR) ☐ Réactif ☐ Non réactif ☐ Inconnu _____ / _____ / _____
 Culture C. *Trachomatis* ☐ Positif ☐ Négatif ☐ Inconnu _____ / _____ / _____
 Détection sérologique par une épreuve de fixation du complément 1^{er} titre : _____ / _____ / _____
 2^e titre (si pairés) : _____ / _____ / _____
 Autre, préciser : _____

■ Tests de confirmation (habituellement réalisés au laboratoire national de microbiologie de l'ASPC)

Séquençage de l'ADN ☐ Positif L1 ☐ Positif L2 ☐ Positif L3 ☐ Positif autre, préciser : _____ Date (aaaa/mm/jj) _____ / _____ / _____
☐ Négatif ☐ Inconnu
 Cartographie différentielle de restriction ☐ Positif L1 ☐ Positif L2 ☐ Positif L3 ☐ Positif autre, préciser : _____ _____ / _____ / _____
☐ Négatif ☐ Inconnu

3. Diagnostic (voir l'Aide-mémoire sur les définitions nosologiques, à la fin du questionnaire) ☐ Cas confirmé ☐ Cas probable

Commentaire : _____

4. ITSS concomitante (cocher toutes les ITS diagnostiquées en même temps que l'ITS déclarée)

- ☐ Infection à C. *trachomatis* ☐ Infection gonococcique ☐ Syphilis ☐ Hépatite B ☐ Hépatite C ☐ Autre, préciser : _____

5. Traitement(s) administré(s) Les Guides de l'INESSS présentent les recommandations québécoises. <http://www.inesss.qc.ca/index.php?id=49>

Antibiotique	Dosage	Date (aaaa/mm/jj)
☐ Doxycycline (Vibramycine)	100 mg PO, BID 21 jours OU Autre dosage, préciser _____	début _____ / _____ / _____ fin : _____ / _____ / _____
☐ Érythromycine (base)	500 mg PO QID 21 jours Autre dosage, préciser _____	début _____ / _____ / _____ fin : _____ / _____ / _____
☐ Azithromycine (Zithromax)	1gm PO 1 fois par sem. pendant 3 semaines Autre dosage, préciser _____	début _____ / _____ / _____ fin : _____ / _____ / _____
☐ Autre, préciser : _____	Dosage : _____	début _____ / _____ / _____ fin : _____ / _____ / _____
☐ Inconnu		

Commentaires (présence d'allergie, contexte particulier, observance) _____

6. Visite de suivi (contrôle)

☐ Par moi ☐ Orienté vers un autre médecin, préciser : _____ ☐ Non

7. Facteurs de risque

⇒ **Antécédents d'ITSS**

Chlamydia	☐ Oui	☐ Non	☐ Inconnu	LGV	☐ Oui	☐ Non	☐ Inconnu
Gonorrhée	☐ Oui	☐ Non	☐ Inconnu	Hépatite B	☐ Oui	☐ Non	☐ Inconnu
Syphilis	☐ Oui	☐ Non	☐ Inconnu	Hépatite C	☐ Oui	☐ Non	☐ Inconnu

Autre, préciser : _____

⇒ **Grossesse en cours :** ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu ☐ N/A (homme)

⇒ **Communauté ethnoculturelle :**

☐ Canadienne	☐ Autochtone :	☐ Premières nations	☐ Métisse	☐ Inuite
☐ États-unienne	☐ Caribéenne	☐ Latino-américaine	☐ Européenne	☐ Nord-africaine ou moyenne-orientale
☐ Africaine subsaharienne	☐ Asiatique de l'Est ou du Sud-Est	☐ Asiatique du Sud	☐ Inconnue	

Autre, préciser : _____

⇒ **Nombre de partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois :** _____ partenaires ou ☐ 1-3 ☐ 4-10 ☐ >10 ☐ Inconnu

⇒ **Sexe du ou des partenaires :** ☐ Hommes ☐ Femmes ☐ Hommes et femmes ☐ Inconnu

Des partenaires féminines étaient-elles enceintes? ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu

⇒ **Partenaires anonymes :** ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu

⇒ Milieux de rencontre des partenaires sexuels

☐ Amis/famille	☐ Bar/club	☐ Prison	☐ Internet (sans précision)
☐ École	☐ Party privé	☐ Application mobile/téléphonie (Grindr, Hotline, etc.)	☐ Autre, préciser : _____
☐ Travail	☐ Club échangiste	☐ Internet (sites de rencontre)	Commentaires : _____
☐ Parc/camping	☐ Sauna	☐ Internet (réseaux sociaux)	

⇒ Relations sexuelles au cours des 12 derniers mois avec un ou une partenaire qui réside habituellement à l'extérieur du Québec :

☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu

Si oui ☐ Voyage du patient en dehors du Québec ☐ Visite du ou de la partenaire au Québec

Endroit où le patient a voyagé : _____

Endroit de résidence du ou de la partenaire : _____

⇒ Utilisation du condom pendant les relations sexuelles :

	Toujours	À l'occasion	Jamais	Inconnu	Ne s'applique pas
Orales	☐	☐	☐	☐	☐
Vaginales	☐	☐	☐	☐	☐
Anales	☐	☐	☐	☐	☐

⇒ Relations sexuelles au cours des 12 derniers mois en échange :

d'argent ou autre reçu par le patient (travailleur ou travailleuse du sexe) : ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu

d'argent ou autre donné par le patient (client ou cliente) : ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu

⇒ **Consommation de drogues illicites au cours des 12 derniers mois :** ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu

Si oui, injection ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu

Si, oui inhalation ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu

⇒ Facteurs de risque des partenaires

☐ Homme ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes	☐ Personne qui consomme des drogues par injection
☐ Personne ayant d'autres partenaires	☐ Personne qui a des relations sexuelles à l'extérieur du Québec
☐ Personne ayant eu des relations sexuelles en échange d'argent/autres biens	☐ Personne qui a ou qui a eu des ITSS, préciser : _____
☐ Inconnu	☐ Autre, préciser : _____

8. Intervention préventive auprès de la personne atteinte et de ses partenaires

☐ Sensibiliser le patient aux avantages qu'il peut tirer de l'intervention préventive auprès de ses partenaires, notamment celui :

- de faire diminuer son risque de réinfection,
- d'être vu comme une personne responsable;

☐ Lui présenter les différents services pouvant appuyer dans sa démarche (par exemple, soutien d'un professionnel de santé publique) et les mesures prises pour préserver la confidentialité des renseignements recueillis;

☐ Lui offrir du soutien pour une intervention préventive auprès de ses partenaires respectant les règles du consentement et de la confidentialité ainsi que la relation médecin-patient : identification des partenaires exposés, examen des éléments aidant ou nuisant à la notification aux partenaires.

■ **Nombre de partenaires à joindre :** _____

■ **Acceptez-vous qu'un professionnel de santé publique communique avec un ou plusieurs des partenaires afin de faire la notification et d'entreprendre une intervention préventive?**

☐ Oui (fournir les coordonnées des partenaires en question) ☐ Non (remplir le tableau ci-après)

Coordonnées du partenaire : _____

Coordonnées du partenaire : _____

9. Intervention préventive des partenaires effectuée par la clinique, inscrivez les informations pour chaque partenaire à notifier
Indiquer toutes les dates en (aaaa/mm/jj)

Identification du partenaire				
Identifiant (prénom, nom, surnom, pseudonyme) : _____				
No	Age et sexe	Type de partenaire	Type relations sexuelles	Dernière relation sexuelle
	Age : _____ ☐ Féminin ☐ Masculin ☐ Autre : _____	☐ Conjoint ☐ Régulier ☐ Occasionnel ☐ Aventure ☐ Anonyme	☐ Orale : ☐ Protégée ☐ Non protégée ☐ Vaginale : ☐ Protégée ☐ Non protégée ☐ Anale : ☐ Protégée ☐ Non protégée	Date : _____ / _____ / _____
Type d'entente				
☐ Déjà avisé ☐ Sera avisé par le cas-index (à relancer après 1 semaine) ☐ Orienté vers santé publique (inscrire n°dossier formulaire partenaire) ☐ Dossier à transférer : préciser dans commentaires				
Suivi de l'intervention auprès des partenaires				
Notification		Traitement		Dépistage
☐ Partenaire avisé, date : _____ / _____ / _____ ☐ Partenaire non avisé : demander raisons et préciser la nouvelle entente		☐ Traité, date : _____ / _____ / _____ ☐ Non traité ☐ Inconnu		☐ Dépisté, date : _____ / _____ / _____ Résultat : ☐ Positif ☐ Négatif ☐ Inconnu ☐ Non dépisté ☐ Inconnu
Nouvelle entente				
☐ Cas index ☐ Santé publique (inscrire n°dossier formulaire partenaire) ☐ Autre : préciser				
Commentaires :				

Identification du partenaire				
Identifiant (prénom, nom, surnom, pseudonyme) : _____				
No	Age et sexe	Type de partenaire	Type relations sexuelles	Dernière relation sexuelle
	Age : _____ ☐ Féminin ☐ Masculin ☐ Autre : _____	☐ Conjoint ☐ Régulier ☐ Occasionnel ☐ Aventure ☐ Anonyme	☐ Orale : ☐ Protégée ☐ Non protégée ☐ Vaginale : ☐ Protégée ☐ Non protégée ☐ Anale : ☐ Protégée ☐ Non protégée	Date : _____ / _____ / _____
Type d'entente				
☐ Déjà avisé ☐ Sera avisé par le cas-index (à relancer après 1 semaine) ☐ Orienté vers santé publique (inscrire n°dossier formulaire partenaire) ☐ Dossier à transférer : préciser dans commentaires				
Suivi de l'intervention auprès des partenaires				
Notification		Traitement		Dépistage
☐ Partenaire avisé, date : _____ / _____ / _____ ☐ Partenaire non avisé : demander raisons et préciser la nouvelle entente		☐ Traité, date : _____ / _____ / _____ ☐ Non traité ☐ Inconnu		☐ Dépisté, date : _____ / _____ / _____ Résultat : ☐ Positif ☐ Négatif ☐ Inconnu ☐ Non dépisté ☐ Inconnu
Nouvelle entente				
☐ Cas index ☐ Santé publique (inscrire n°dossier formulaire partenaire) ☐ Autre : préciser				
Commentaires :				

Identification du partenaire				
Identifiant (prénom, nom, surnom, pseudonyme) : _____				
No	Age et sexe	Type de partenaire	Type relations sexuelles	Dernière relation sexuelle
	Age : _____ ☐ Féminin ☐ Masculin ☐ Autre : _____	☐ Conjoint ☐ Régulier ☐ Occasionnel ☐ Aventure ☐ Anonyme	☐ Orale : ☐ Protégée ☐ Non protégée ☐ Vaginale : ☐ Protégée ☐ Non protégée ☐ Anale : ☐ Protégée ☐ Non protégée	Date : _____ / _____ / _____
Type d'entente				
☐ Déjà avisé ☐ Sera avisé par le cas-index (à relancer après 1 semaine) ☐ Orienté vers santé publique (inscrire n°dossier formulaire partenaire) ☐ Dossier à transférer : préciser dans commentaires				
Suivi de l'intervention auprès des partenaires				
Notification		Traitement		Dépistage
☐ Partenaire avisé, date : _____ / _____ / _____ ☐ Partenaire non avisé : demander raisons et préciser la nouvelle entente		☐ Traité, date : _____ / _____ / _____ ☐ Non traité ☐ Inconnu		☐ Dépisté, date : _____ / _____ / _____ Résultat : ☐ Positif ☐ Négatif ☐ Inconnu ☐ Non dépisté ☐ Inconnu
Nouvelle entente				
☐ Cas index ☐ Santé publique (inscrire n°dossier formulaire partenaire) ☐ Autre : préciser				
Commentaires :				

Identification du partenaire				
Identifiant (prénom, nom, surnom, pseudonyme) : _____				
No	Age et sexe	Type de partenaire	Type relations sexuelles	Dernière relation sexuelle
	Age : _____ ☐ Féminin ☐ Masculin ☐ Autre : _____	☐ Conjoint ☐ Régulier ☐ Occasionnel ☐ Aventure ☐ Anonyme	☐ Orale : ☐ Protégée ☐ Non protégée ☐ Vaginale : ☐ Protégée ☐ Non protégée ☐ Anale : ☐ Protégée ☐ Non protégée	Date : _____ / _____ / _____
Type d'entente				
☐ Déjà avisé ☐ Sera avisé par le cas-index (à relancer après 1 semaine) ☐ Orienté vers santé publique (inscrire n°dossier formulaire partenaire) ☐ Dossier à transférer : préciser dans commentaires				
Suivi de l'intervention auprès des partenaires				
Notification		Traitement		Dépistage
☐ Partenaire avisé, date : _____ / _____ / _____ ☐ Partenaire non avisé : demander raisons et préciser la nouvelle entente		☐ Traité, date : _____ / _____ / _____ ☐ Non traité ☐ Inconnu		☐ Dépisté, date : _____ / _____ / _____ Résultat : ☐ Positif ☐ Négatif ☐ Inconnu ☐ Non dépisté ☐ Inconnu
Nouvelle entente				
☐ Cas index ☐ Santé publique (inscrire n°dossier formulaire partenaire) ☐ Autre : préciser				
Commentaires :				

AIDE-MÉMOIRE³

Rappel sur le traitement épidémiologique des partenaires

Les partenaires sexuels des 60 derniers jours doivent être traités même en absence d'un résultat d'analyse de laboratoire ou en présence d'un résultat négatif.

Partenaires joindre selon la période de contagiosité

Les partenaires qui ont eu un contact sexuel avec la personne infectée jusqu'à 60 jours avant le début des symptômes.

Validation de la classification des cas déclarés de lymphogranulomatose vénérienne

Cas confirmé

Présence des trois conditions suivantes :

1) un des trois critères suivants :

- rectite, **ou**
- lymphadénopathie inguinale ou fémorale, **ou**
- contact sexuel avec un cas confirmé de lymphogranulomatose vénérienne;

ET

2) résultat positif à au moins un des deux tests de détection suivants :

- isolement de *Chlamydia trachomatis* dans un échantillon clinique approprié, **ou**
- détection de *Chlamydia trachomatis* par une technique d'amplification génique appropriée;

ET

3) à partir d'un résultat positif obtenu par culture ou par détection d'acides nucléiques, confirmation par séquençage de l'ADN ou par cartographie différentielle de restriction (*restriction fragment length polymorphism* [RFLP]) d'un des sérotypes responsables de lymphogranulomatose vénérienne (L1, L2 ou L3).

Cas probable

1) Présence des deux conditions suivantes :

- un des trois critères suivants :
- rectite, **ou**
- lymphadénopathie inguinale ou fémorale, **ou**
- contact sexuel avec un cas confirmé de lymphogranulomatose vénérienne;

ET

2) résultat positif à au moins un des cinq tests de détection suivants :

- isolement de *Chlamydia trachomatis* dans un échantillon clinique approprié, **ou**
- détection d'acides nucléiques de *Chlamydia trachomatis*, **ou**
- détection par une épreuve de micro-immunofluorescence ou de fixation du complément d'une augmentation significative du taux d'anticorps spécifiques contre *Chlamydia trachomatis* entre le sérum prélevé en phase aiguë et celui prélevé en phase de convalescence, **ou**
- détection sérologique d'un seul titre d'anticorps spécifiques contre *Chlamydia trachomatis* ≥ 64 , par une épreuve de fixation du complément, **ou**
- détection sérologique d'un seul titre d'anticorps spécifiques contre *Chlamydia trachomatis* ≥ 256 , par une épreuve de micro-immunofluorescence.

3. Tiré de : MSSS Surveillance des maladies à déclaration obligatoire au Québec, Définitions nosologiques pour les maladies infectieuses, 9^e édition, août 2012. Les définitions nosologiques comprennent plusieurs notes explicatives auxquelles il convient de se référer au besoin.

ABRÉVIATIONS UTILISÉES DANS LE QUESTIONNAIRE

ADN	Acide désoxyribonucléique
ASPC	Agence de la santé publique du Canada
BID	<i>Bis in die</i> (deux fois par jour)
<i>C. trachomatis</i>	<i>Chlamydia trachomatis</i>
Ex.	Exemple
IPPAP	Intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une infection transmissible sexuellement et auprès de leurs partenaires
ITS	Infection transmissible sexuellement
ITSS	Infection transmissible sexuellement et par le sang
LGV	Lymphogranulomatose vénérienne
MADO	Maladie à déclaration obligatoire
N°	Numéro
PCR	<i>Polymerase chain reaction</i> (réaction de polymérisation en chaîne)
QID	<i>Quatro in die</i> (quatre fois par jour)
Tél.	Téléphone

10D
FICHE DE TRANSFERT DE DOSSIER D'UN SERVICE
À UN AUTRE OU D'UNE RÉGION À UNE AUTRE –
CAS-INDEX

Date : _____

CONFIDENTIEL

Objet : Transfert de dossier en vue d'une intervention préventive auprès d'une personne atteinte d'une ITS

BUT DU TRANSFERT :

- ☐ Intervention auprès d'une personne atteinte d'une ITS et auprès de ses partenaires, s'il y a lieu

NATURE DU CAS :

- ☐ Cas prioritaire pour une intervention préventive par la santé publique
 Préciser, s'il y a lieu : _____
- ☐ Cas autre que prioritaire mais demandant une attention particulière
 Préciser : _____

Bonjour,

Nous avons été informés qu'une personne atteinte d'une ITS-MADO (_____) réside sur votre territoire.

Voici les informations dont nous disposons :

Nom : _____ Prénom : _____

Sexe : ☐ M ☐ F ☐ Inconnu

Date de naissance : ____/____/____ (aaaa/mm/jj) Âge : ____

Adresse : _____

Tél. résidence : _____

Tél. travail : _____

Nom de la maladie : _____

Microorganisme : _____

Origine de la déclaration : _____

Nom du laboratoire : _____

Résultat de laboratoire : _____

Date du rapport : ____/____/____ (aaaa/mm/jj) Date de réception de la déclaration : ____/____/____ (aaaa/mm/jj)

Médecin traitant : _____

Tél. : _____

Cas déjà déclaré au fichier MADO ?

☐ Oui ☐ Non

Voici les démarches entreprises : _____

Autres informations jugées pertinentes pour le suivi : _____

Nom du professionnel de santé publique : _____

Établissement : _____

Téléphone : _____

Agence/DRSP : _____

Date du transfert : ____/____/____ (aaaa/mm/jj)

10D
FICHE DE TRANSFERT DE DOSSIER D'UN SERVICE
À UN AUTRE OU D'UNE RÉGION À UNE AUTRE –
PARTENAIRE

Date : _____

CONFIDENTIEL

Objet : Transfert de dossier en vue d'une intervention préventive auprès d'un ou d'une partenaire d'une personne atteinte d'une ITS

BUT DU TRANSFERT :

- ☐ Intervention auprès d'un ou d'une partenaire d'une personne atteinte d'une ITS

NATURE DU CAS :

- ☐ Cas prioritaire pour une intervention préventive par la santé publique
 Préciser, s'il y a lieu : _____
- ☐ Cas autre que prioritaire mais demandant une attention particulière
 Préciser : _____

N° DU PARTENAIRE : _____

(À l'usage du professionnel qui effectue le transfert. Se référer au n° du tableau 4.3.2 du formulaire d'enquête épidémiologique du cas-index.)

Bonjour,

Nous avons été informés qu'un ou une partenaire d'une personne atteinte d'une ITS-MADO (_____) réside sur votre territoire.

INFORMATION SUR LE CAS-INDEX :

Date de l'entrevue avec le cas-index : ____/____/____ (aaaa/mm/jj)

Date du rapport de laboratoire : ____/____/____ (aaaa/mm/jj) Date du prélèvement : ____/____/____ (aaaa/mm/jj)

Résultat de laboratoire : _____

Autre information jugée pertinente : _____

RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTENAIRE

Nom : _____ Prénom : _____

Sexe : ☐ M ☐ F ☐ Inconnu Date de naissance : ____/____/____ (aaaa/mm/jj) Âge : ____

Adresse : _____

Tél. résidence : _____ Tél. travail : _____ Autre n° tél. : _____

Comment le joindre (coordonnées, adresse postale ou autre endroit pour le joindre, meilleur moment pour le joindre, etc.) : _____

Milieu de vie : ☐ seul ☐ avec parents ☐ ami/conjoint
☐ avec colocataire ☐ itinérant

Autres caractéristiques (surnom, endroits fréquentés, taille, tatouage, etc.) : _____

Voici les démarches entreprises : _____

Autres informations jugées pertinentes pour le suivi : _____

Nom du professionnel de santé publique : _____

Établissement : _____ Téléphone : _____

Agence/DRSP : _____ Date du transfert : ____/____/____ (aaaa/mm/jj)

10E
LETTRE TYPE DESTINÉE AU CLINICIEN
À LA SUITE D'UN RAPPORT CONFIRMANT LA PRÉSENCE
D'UNE SOUCHE DE GONORRHÉE RÉISTANTE AUX
ANTIBIOTIQUES

_____, le _____

Prénom et nom du médecin
 Adresse
 Ville et code postal

Objet : Nom : _____ Diagnostic : Infection gonococcique
 Résistance : _____
 DDN: ____/____/____ (aaaa/mm/jj) Votre dossier : _____
 Sexe : _____ Notre dossier : _____

Bonjour Docteur (ou Docteure) _____,

Nous avons reçu une déclaration d'infection transmissible sexuellement à déclaration obligatoire concernant la personne ci-haut mentionnée, que vous avez évaluée et traitée récemment. Les résultats du Laboratoire de santé publique du Québec confirment la présence d'une souche de *Neisseria gonorrhoeae* résistante à _____.

- ☐ Selon les informations dont nous disposons, votre patient (ou patiente) a reçu un traitement avec l'antibiotique _____, auquel la souche n'est pas sensible. Nous désirons porter cette situation à votre attention pour que vous soyez en mesure de vérifier l'évolution clinique de cette personne et sa réponse au traitement, notamment par un test de contrôle, en vertu des recommandations en vigueur (voir les références au bas de la lettre).
- ☐ Nous n'avons pas obtenu l'information sur le traitement administré à ce patient. Nous ne pouvons pas présumer que la souche y est sensible. Nous désirons porter cette situation à votre attention. Advenant le cas où la souche n'est pas sensible à l'antibiotique utilisé, vous serez en mesure de vérifier l'évolution clinique du patient et la réponse adéquate au traitement, notamment par un test de contrôle, en vertu des recommandations en vigueur (voir les références au bas de la lettre).

Nous profitons de l'occasion pour vous rappeler quelques recommandations relatives au traitement de l'infection gonococcique au Québec chez les adultes, incluant les femmes enceintes ou qui allaitent, et chez les adolescents de 14 ans et plus :

- Le traitement de premier choix de l'infection urétrale, endocervicale ou rectale est maintenant la Céfixime, 800 mg PO en dose unique (au lieu de 400 mg) OU la Ceftriaxone 250 mg IM en dose unique (au lieu de 125 mg).
- Le traitement de premier choix de l'infection pharyngée est la Ceftriaxone 250 mg IM en dose unique.
- Ces deux traitements doivent s'accompagner d'un traitement contre l'infection à *C. trachomatis* : l'Azithromycine (Zithromax) 1 g, PO, en dose unique.

Pour plus d'informations, notamment sur le traitement des personnes allergiques aux céphalosporines, consulter les guides sur le traitement pharmacologique des ITS de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (voir la référence au bas de la lettre).

Lorsqu'une résistance à l'antibiotique utilisé pour le traitement est rapportée, on recommande un test de contrôle trois à sept jours après la fin du traitement, idéalement au moyen d'une culture. S'il est impossible d'effectuer une culture, le contrôle pourrait se faire par technique d'amplification des acides nucléiques (TAAN), de trois semaines après la fin du traitement.

Nous espérons que ces renseignements vous seront utiles et nous apprécions grandement la confiance que vous manifestez à l'égard de notre équipe. N'hésitez pas à communiquer avec nous pour faire une demande de service ou discuter des modalités de nos interventions. Vous pouvez nous joindre entre _____ et _____ (*indiquer les heures d'ouverture*), _____ (*indiquer les jours d'ouverture*), au _____ (*inscrire le numéro de téléphone*), poste _____. Vous pouvez laisser un message dans notre boîte vocale, auquel cas nous vous rappellerons rapidement ou nous adresser un courriel à l'adresse suivante :

_____.

En espérant que ces informations vous conviendront, je vous prie d'agréer, Docteur (ou Docteure) _____, mes salutations distinguées.

Signature du professionnel de santé publique

Nom de l'établissement

Références à consulter :

1. INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX, *Guide sur le traitement pharmacologique des ITSS : Infection à Chlamydia trachomatis, infection à Neisseria gonorrhoeae*, 2012, 4 p., [En ligne]
[http://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Outils/Guides_ITSS/gonorrhoeae_GUIDE_ITS_S_17jan.pdf].
2. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA, *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement : Avis important – Renseignements sur la santé publique – Mise à jour concernant le traitement des infections gonococciques*, 21 décembre 2011, [En ligne]
[<http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/alert/2011/alert-gono-fra.php>].

10F
SUIVI À DONNER AU CLINICIEN CONCERNANT
UNE DÉMARCHE DE LA SANTÉ PUBLIQUE
AUPRÈS DE L'UN DE SES PATIENTS –
COLLABORATION DU PATIENT

_____, le _____
 Prénom et nom du médecin
 Adresse
 Ville et code postal

Objet : Nom : _____ Diagnostic : _____
 DDN: ____/____/____ (aaaa/mm/jj) Votre dossier : _____
 Sexe : _____ Notre dossier : _____

Bonjour Docteur (ou Docteure),

Voici un suivi des démarches entreprises par notre service auprès de la personne ci-haut mentionnée, que vous avez évaluée récemment.

Nous avons joint cette personne le _____ (*inscrire la date*). Nous avons discuté avec elle de certains aspects importants de son infection, tels que les modes de transmission, la période d'incubation, le caractère souvent asymptomatique et les complications possibles. Des conseils préventifs concernant la santé sexuelle et visant à favoriser l'adoption ainsi que le maintien de comportements sexuels sécuritaires, par exemple l'utilisation du condom, lui ont été donnés.

Cette personne a accepté de collaborer avec nous en ce qui concerne l'intervention préventive auprès de ses partenaires.

En ce qui concerne la vaccination contre les hépatites, dans le cadre du programme de vaccination gratuite du ministère de la Santé et des Services sociaux :

- ☐ Nous l'avons orientée vers les services appropriés pour :
OU
☐ Nous avons commencé :
 ☐ la vaccination contre l'hépatite A
 ☐ la vaccination contre l'hépatite B
 ☐ la vaccination combinée contre les
 ☐ hépatites A et B
 la vaccination contre le VPH
- ☐ La vaccination a été offerte à cette personne, mais celle-ci l'a refusée

Commentaires s'il y a eu lieu (situations particulières, difficultés, documentation envoyée, références données) : _____

Nous apprécions grandement la confiance que vous manifestez à l'égard de notre équipe. N'hésitez pas à communiquer avec nous pour faire une demande de service ou discuter des modalités de nos interventions. Vous pouvez nous joindre entre _____ et _____ (*indiquer les heures d'ouverture*), _____ (*indiquer les jours d'ouverture*), au _____ (*inscrire le numéro de téléphone*), poste _____. Vous pouvez laisser un message dans notre boîte vocale, auquel cas nous vous rappellerons rapidement, ou nous adresser un courriel à l'adresse suivante : _____.

En espérant que ces informations vous conviendront, je vous prie d'agréer, Docteur (Docteure), mes salutations distinguées.

 Signature du professionnel de santé publique

 Nom de l'établissement

10F
SUIVI À DONNER AU CLINICIEN CONCERNANT
UNE DÉMARCHE DE LA SANTÉ PUBLIQUE
AUPRÈS DE L'UN DE SES PATIENTS –
ABSENCE DE COLLABORATION DU PATIENT

_____, le _____
 Prénom et nom du médecin
 Adresse
 Ville et code postal

Objet : Nom : _____ Diagnostic : _____
 DDN: ____/____/____ (aaaa/mm/jj) Votre dossier : _____
 Sexe : _____ Notre dossier : _____

Bonjour docteur (*docteure*),

Voici un suivi des démarches entreprises par notre service auprès de la personne ci-haut mentionnée, que vous avez évaluée récemment.

Nous avons joint cette personne le _____ (*inscrire la date*). Nous avons discuté avec elle de certains aspects importants de son infection, tels que les modes de transmission, la période d'incubation, le caractère souvent asymptomatique et les complications possibles.

☐ Des conseils préventifs en matière de santé sexuelle lui ont été donnés, notamment sur les moyens de diminuer le risque de transmettre une ITS et de la contracter de nouveau, par exemple par l'utilisation du condom.

OU

☐ Nous n'avons pas eu l'opportunité de lui offrir des conseils préventifs en matière de santé sexuelle, entre autres sur l'adoption et le maintien de comportements sexuels sécuritaires.

Cette personne a refusé de collaborer avec nous en ce qui concerne l'intervention préventive auprès de ses partenaires. Nous avons insisté sur la nécessité que soient examinés et traités tous ses partenaires. Nous l'avons encouragée à informer tout partenaire qui n'aurait pas été avisé et l'avons invitée à communiquer avec vous ou avec nous, au besoin.

Il nous apparaît essentiel que les partenaires sexuels de cette personne soient informés afin :

- d'éviter qu'elle soit réinfectée par un partenaire non traité ;
- d'éviter l'apparition de séquelles chez cette personne et ses partenaires, en leur permettant d'être examinés et de pouvoir bénéficier rapidement d'un traitement adéquat ;
- d'interrompre la chaîne de transmission de cette infection, puisque les partenaires, souvent asymptomatiques, pourront transmettre l'infection sans même se douter qu'ils sont infectés.

C'est pourquoi nous comptons sur votre collaboration pour tenter à nouveau de convaincre votre patient (ou patiente) de l'importance de l'intervention préventive auprès de ses partenaires.

En ce qui concerne la vaccination contre les hépatites, dans le cadre du programme de vaccination gratuite du ministère de la Santé et Services sociaux :

☐ Nous l'avons orientée vers les services appropriés pour :

OU

☐ Nous avons commencé :

- ☐ la vaccination contre l'hépatite A
- ☐ la vaccination contre l'hépatite B
- ☐ la vaccination combinée contre les hépatites A et B
- ☐ la vaccination contre le VPH

☐ La vaccination a été offerte à cette personne, mais celle-ci l'a refusée.

☐ Ce sujet n'a pas été abordé avec votre patient (*patiente*).

Nous apprécions grandement la confiance que vous manifestez à l'égard de notre équipe. N'hésitez pas à communiquer avec nous pour faire une demande de service ou discuter davantage des modalités de nos interventions. Vous pouvez nous joindre entre _____ et _____ (*indiquer les heures de présence*), _____ (*indiquer les jours d'ouverture*) au _____ (*inscrire le numéro de téléphone*), poste _____. Vous pouvez laisser un message dans notre boîte vocale, auquel cas nous vous rappellerons rapidement, ou nous faire parvenir un courriel à l'adresse suivante : _____.

En espérant que ces informations vous conviendront, je vous prie d'agréer, docteur (docteure), mes salutations distinguées.

Signature du professionnel de santé publique

Nom de l'établissement

10G
ORIENTATION VERS UN MÉDECIN D'UN PARTENAIRE
QUI A ÉTÉ INFORMÉ DE SON EXPOSITION À UNE ITS

Prénom et nom du médecin _____, le _____
 Adresse _____
 Ville et code postal _____

Objet : Nom : _____
 DDN: ____/____/____ (aaaa/mm/jj) Votre dossier : _____
 Sexe : _____ Notre dossier : _____

Docteur (ou Docteure),

Nous avons communiqué avec la personne précitée dans le cadre d'une intervention de la santé publique auprès des partenaires de personnes atteintes d'une ITS. Nous vous la recommandons car elle a été en contact avec une personne atteinte :

- ☐ de syphilis en phase contagieuse.
- ☐ d'une infection gonococcique.
- ☐ d'une infection génitale à *Chlamydia trachomatis*.
- ☐ de chancre mou.
- ☐ d'une lymphogranulomatose vénérienne.
- ☐ d'un granulome inguinal.

Nous avons effectué les interventions suivantes auprès de cette personne :

- ☐ Conseils préventifs en matière de santé sexuelle, visant à favoriser l'adoption et le maintien de comportements sexuels sécuritaires
- ☐ Dépistage de l'ITS en question
- ☐ Dépistage d'autres ITS, préciser : _____
- ☐ La vaccination contre l'hépatite A ☐ a été entreprise ☐ a été recommandée
- ☐ La vaccination contre l'hépatite B ☐ a été entreprise ☐ a été recommandée
- ☐ La vaccination contre le VPH ☐ a été entreprise ☐ a été recommandée
- ☐ Autres : _____

Précisions s'il y a lieu : _____

Nous vous la recommandons car les suivis suivants n'ont pas été faits :

- ☐ Évaluation clinique
- ☐ Prescription du traitement épidémiologique de l'ITS
- ☐ Dépistage de l'ITS en cause
- ☐ Dépistage d'autres ITS, soit : _____
- ☐ Vaccination contre l'hépatite A
- ☐ Vaccination contre l'hépatite B
- ☐ Vaccination contre le VPH

Précisions sur les interventions qui n'ont pas été effectuées, s'il y a lieu :

Nous vous rappelons que, dans les cas d'infection à *Chlamydia trachomatis*, d'infection gonococcique et de syphilis infectieuse (soit la syphilis primaire, secondaire ou latente précoce), un traitement épidémiologique des partenaires est recommandé.

Le **traitement épidémiologique** consiste à administrer un traitement aux partenaires même si les résultats de leurs prélèvements ne sont pas encore connus ou se révèlent négatifs. Il ne s'agit donc pas de traiter sans procéder à des épreuves diagnostiques, mais plutôt de **traiter sans attendre le résultat des prélèvements**.

Le prélèvement est utile pour confirmer la présence d'une infection et ainsi permettre de poursuivre l'intervention préventive auprès des partenaires ainsi que pour déceler la présence concomitante d'autres ITS.

Nous demeurons disponibles pour toute information supplémentaire. N'hésitez pas à communiquer avec nous pour faire une demande de service ou discuter des modalités de nos interventions. Il est plus facile de nous joindre entre _____ et _____ heures (*inscrire les heures de présence*), du _____ au _____ (*indiquer les jours d'ouverture*), au _____ (*indiquer le numéro de téléphone*). Vous pouvez laisser un message dans notre boîte vocale, auquel cas nous vous rappellerons rapidement, ou nous faire parvenir un courriel à l'adresse suivante : _____.

Pour toute situation urgente en dehors des heures d'ouverture, vous pouvez communiquer avec le médecin de garde en maladies infectieuses, selon la procédure habituelle.

Commentaires, s'il y a lieu (situations particulières, difficultés, documentation envoyée, orientation vers un professionnel de la santé, etc.) :

En espérant que ces informations vous conviendront, je vous prie d'agréer, docteur (*docteur*), mes salutations distinguées.

Signature du professionnel de la publique

Nom de l'établissement

10H
INVITATION À COMMUNIQUER AVEC UN PROFESSIONNEL
DE SANTÉ PUBLIQUE :
PERSONNE INFECTÉE OU PARTENAIRE

PREMIÈRE LETTRE OU COURRIEL AU CAS-INDEX

_____, le _____

Prénom et nom du cas-index

Adresse

Ville et code postal

Bonjour,

Je désire vous parler au sujet de votre santé.

Je vous invite à m'appeler le plus rapidement possible. Vous pouvez me joindre au _____ (*inscrire le numéro de téléphone*), du _____ au _____ (*jours de présence*), entre _____ et _____ heures (*inscrire les périodes de présence*).

Si je ne suis pas disponible au moment de votre appel, n'hésitez pas à laisser un message dans ma boîte vocale ou à ma secrétaire, en précisant à quel moment et à quel numéro de téléphone je peux vous rappeler.

J'attends votre appel.

Merci de l'attention que vous porterez à la présente.

Signature du professionnel de santé publique

Nom de l'établissement

FIRST LETTER OR EMAIL TO INDEX CASE

_____ (Date) _____

First and last name of index case

Address

City and postal code

Hello,

I would like to talk to you about your health.

Please call me as soon as you possible. You can reach me at _____
(*telephone number*), from _____ to _____ (*days available*), between
_____ and _____ (*times available, A.M./P.M.*).

If I'm not available when you call, please leave a message on my voicemail or with my secretary. Indicate when and at what number I can call you back.

I'm waiting to hear from you.

Thank you for responding to this note.

Signature of the public health professional

Name of the institution

DEUXIÈME LETTRE OU COURRIEL AU CAS-INDEX

_____, le _____

Bonjour,

Je désire vous parler au sujet de votre santé. Récemment, vous avez consulté un professionnel de la santé qui vous a fait passer des tests. Ces tests ont permis de détecter une infection. Comme d'autres maladies infectieuses, cette infection est signalée à la Direction régionale de santé publique de votre région. Les personnes ayant cette infection et leurs contacts doivent être traités.

Cette lettre est la **deuxième** que je vous fais parvenir. Vous devez communiquer avec moi le plus rapidement possible. Vous pouvez me joindre au _____ (*inscrire le numéro de téléphone*), du _____ au _____ (*jours de présence*), entre _____ et _____ heures (*inscrire les périodes de présence*). Si je ne suis pas disponible au moment de votre appel, n'hésitez pas à laisser un message dans ma boîte vocale ou à ma secrétaire, en précisant à quel moment et à quel numéro de téléphone je peux vous rappeler.

J'attends votre appel.

Merci de l'attention que vous porterez à la présente.

Signature du professionnel de santé publique

Nom de l'établissement

SECOND LETTER OR EMAIL TO INDEX CASE

_____(Date)_____

Hello,

I would like to talk to you about your health. Recently, you saw a health professional who asked you to get some tests done. The tests indicated that you have an infection. The infection is reported to your regional public health department, as is the case for all infectious diseases. People who have this infection and their partners have to be treated.

This is the **second** letter I have sent you. Please contact me as soon as possible. You can reach me at _____ (*telephone number*), from _____ to _____ (*days available*), between _____ and _____ (*times available, A.M./P.M.*). If I'm not available when you call, please leave a message on my voicemail or with my secretary. Indicate when and at what number I can call you back.

I'm waiting to hear from you.

Thank you for responding to this note.

Signature of the public health professional

Name of the institution

PREMIÈRE LETTRE OU COURRIEL AU PARTENAIRE

_____, le _____

Prénom et nom du partenaire

Adresse

Ville et code postal

Bonjour,

Je désire communiquer avec vous afin de discuter d'une information personnelle importante. Nous avons reçu des informations indiquant que vous auriez été en contact avec une personne ayant une maladie contagieuse. Vous êtes peut-être infecté(e).

Je vous invite à m'appeler le plus rapidement possible. Vous pouvez me joindre au _____ (*inscrire le numéro de téléphone*), du _____ au _____ (*jours de présence*), entre _____ et _____ heures (*inscrire les périodes de présence*). Si je ne suis pas disponible au moment de votre appel, n'hésitez pas à laisser un message dans ma boîte vocale ou à ma secrétaire, en précisant à quel moment et à quel numéro de téléphone je peux vous rappeler.

J'attends votre appel.

Merci de l'attention que vous porterez à la présente.

Signature du professionnel de santé publique

Nom de l'établissement

FIRST LETTER OR EMAIL TO THE PARTNER

_____(Date)_____

First and last name of the partner

Address

City and postal code

Hello,

I'd like to talk to you so we can discuss some important personal information. We have received information indicating that you've been in contact with someone who has a contagious disease. You might be infected.

Please call me as soon as possible. You can reach me at _____ (*telephone number*), from _____ to _____ (*days available*), between _____ and _____ (*times available, A.M./P.M.*). If I'm not available when you call, please leave a message on my voicemail or with my secretary. Indicate when and at what number I can call you back.

I'm waiting to hear from you.

Thank you for responding to this note.

Signature of the public health professional

Name of the institution

DEUXIÈME LETTRE OU COURRIEL AU PARTENAIRE

_____, le _____

Bonjour,

Je désire communiquer avec vous afin de discuter d'une information personnelle importante. Nous avons reçu des informations indiquant que vous auriez été en contact avec une personne qui avait une maladie infectieuse. Vous êtes peut-être infecté (ou infectée). Même si vous n'avez aucun symptôme, cette infection peut avoir des conséquences négatives sur votre santé.

Cette lettre est la **deuxième** que je vous fais parvenir. Vous devez communiquer avec moi le plus rapidement possible. Vous pouvez me joindre au _____ (*indiquer le numéro de téléphone*), du _____ au _____ (*jours de présence*), entre _____ et _____ heures (*inscrire les heures de présence*). Si je ne suis pas disponible au moment de votre appel, n'hésitez pas à laisser un message dans ma boîte vocale ou à ma secrétaire, en précisant à quel moment et à quel numéro de téléphone je peux vous rappeler.

J'attends votre appel.

Merci de l'attention que vous porterez à la présente.

Signature du professionnel de santé publique

Nom de l'établissement

SECOND LETTER OR EMAIL TO THE PARTNER

_____(Date)_____

Hello,

I'd like to talk to you so we can discuss some important personal information. We have received information indicating that you've been in contact with someone who had an infectious disease. You might be infected. Even if you have no symptoms, the infection can have negative effects on your health.

This is the **second** letter I have sent you. Please contact me as soon as possible. You can reach me at _____ (*telephone number*), from _____ to _____ (*days available*), between _____ and _____ (*times available, A.M./P.M.*). If I'm not available when you call, please leave a message on my voicemail or with my secretary. Indicate when and at what number I can call you back.

I'm waiting to hear from you.

Thank you for responding to this note.

Signature of the public health professional

Name of the institution

Annexe 11 : Tableau sur les partenaires à joindre en fonction de la période de contagiosité^a

Les intervalles indiqués ci-après correspondent aux recommandations habituelles. Ils constituent des intervalles minimaux. Comme il est difficile de déterminer le moment précis où l'infection a été contractée et que les périodes d'incubation sont généralement des estimations pouvant comporter une marge d'incertitude, il peut être justifié, dans certaines situations, de prolonger la période indiquée.

Si la personne infectée n'a eu aucun partenaire sexuel pendant la période visée, son plus récent partenaire pourrait être avisé. Cela s'applique à toutes les infections ci-après, sauf au VIH/sida.

Si tous les partenaires retracés ont des résultats négatifs, les partenaires rencontrés avant la période visée pour l'intervention pourraient être avisés.

Infections	Partenaires à joindre	Actions
Infection génitale à <i>Chlamydia trachomatis</i> et infection gonococcique	Les partenaires qui ont eu un contact sexuel avec la personne infectée : - dans les 60 jours précédant le début de ses symptômes ou le moment du diagnostic ; - pendant qu'elle avait des symptômes ; - avant qu'elle n'ait terminé son traitement ou moins de sept jours après un traitement unidose.	Traitement épidémiologique ^b . Évaluation des indications relatives au dépistage des ITSS.
Syphilis primaire	Les partenaires qui ont eu un contact sexuel avec la personne infectée : - jusqu'à trois mois avant le début de ses symptômes ; - jusqu'à quatre mois et une semaine avant le diagnostic si la date du début des symptômes est inconnue ou incertaine^c; - pendant qu'elle avait des symptômes ; - avant qu'elle n'ait terminé son traitement ou moins de 7 jours après un traitement unidose.	Évaluation des indications relatives au dépistage des ITSS. Si le dernier contact sexuel remonte à 90 jours ou moins: traitement épidémiologique ^b .

a. Adapté de MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Les partenaires sexuels, il faut s'en occuper ! Aide-mémoire court à l'intention des professionnels de la santé*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2011, 3 p. et AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA, *Lignes directrices canadiennes sur les ITS*, mises à jour de 2012, Ottawa, Agence de la santé publique du Canada, 2008.

b. Traitement administré d'emblée, sans attendre le résultat de l'analyse de laboratoire et même si le partenaire est asymptomatique.

c. Si la date du début des symptômes est inconnue ou incertaine mais que des symptômes de syphilis sont présents au moment où un professionnel de la santé pose son diagnostic, il faut ajouter une période correspondant à la durée maximale des symptômes.

Syphilis secondaire	Les partenaires qui ont eu un contact sexuel avec la personne infectée : • jusqu'à six mois avant le début de ses symptômes ; • jusqu'à huit mois avant le diagnostic si la date du début des symptômes est inconnue ou incertaine^a ; • pendant qu'elle avait des symptômes ; • avant qu'elle n'ait terminé son traitement ou moins de 7 jours après un traitement unidose.	Si le dernier contact sexuel remonte à plus de 90 jours : traitement selon le résultat des tests.
Syphilis latente précoce	Les partenaires qui ont eu un contact sexuel avec la personne infectée : • jusqu'à un an avant le moment du diagnostic ; • avant que la personne infectée n'ait terminé son traitement ou moins de 7 jours après un traitement unidose.	
Syphilis latente tardive	Les partenaires actuels ou passés qui ont eu une relation de longue durée avec la personne infectée devraient être dirigés vers les services appropriés pour un examen clinique et sérologique.	Traitement selon le résultat des tests. Évaluation des indications relatives au dépistage des ITSS.
Syphilis latente tardive titre $\geq 1:32$	Si le titre du test non tréponémique est élevé (1:32 ou plus), il est plus prudent de faire comme s'il s'agissait d'une syphilis latente précoce et de viser tous les partenaires de la dernière année .	<i>Idem</i> à la syphilis primaire, secondaire et latente précoce.
Chancres mou	Les partenaires qui ont eu un contact sexuel avec la personne infectée : • jusqu'à quatorze jours avant le début de ses symptômes ; • pendant qu'elle avait des symptômes ; avant qu'elle n'ait terminé son traitement ou moins de sept jours après un traitement unidose.	Traitement épidémiologique ^b . Évaluation des indications relatives au dépistage des autres ITSS.

a. Si la date du début des symptômes est inconnue ou incertaine mais que des symptômes de syphilis sont présents au moment où un professionnel de la santé pose son diagnostic, il faut ajouter une période correspondant à la durée maximale des symptômes.

b. Traitement administré d'emblée, sans attendre le résultat de l'analyse de laboratoire et même si le partenaire est asymptomatique.

Granulome inguinal	Les partenaires qui ont eu un contact sexuel avec la personne infectée : • jusqu'à 60 jours avant le début de ses symptômes ; • pendant qu'elle avait des symptômes ; avant qu'elle n'ait terminé son traitement.	Traitement épidémiologique ^a . Évaluation des indications relatives au dépistage des autres ITSS.
Lymphogranulomatose vénérienne	Les partenaires qui ont eu un contact sexuel avec la personne infectée : • jusqu'à 60 jours avant le début de ses symptômes ; • pendant qu'elle avait des symptômes ; • avant qu'elle n'ait terminé son traitement.	Traitement épidémiologique ^a . Évaluation des indications relatives au dépistage des autres ITSS.
VIH/sida	Les partenaires récents et, dans la mesure du possible, les partenaires depuis le début du comportement à risque ou de la date du dernier test négatif connu (dans ce cas, tenir compte de la période fenêtre). Note : Cette infection est une MADO seulement si la personne a donné ou reçu du sang, des organes ou des tissus.	Évaluation des indications relatives au dépistage des ITSS. Suivi médical selon les résultats.

Note :

La trichomonase n'est pas une MADO. Toutefois, un traitement épidémiologique^a et une évaluation des indications de dépistage des autres ITSS sont recommandés. Les partenaires **actuels** doivent être joints.

a. Traitement administré d'emblée, sans attendre le résultat de l'analyse de laboratoire et même si le partenaire est asymptomatique.

Annexe 12 : Procédures à suivre par le professionnel de santé publique en fonction des ententes et de l'origine des demandes

Pour les ITS prioritaires

Vérifier si le nom du médecin figure sur la liste de ceux qui ont une entente préalable concernant les ITS-MADO prioritaires et stipulant que le médecin effectue l'intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une ITS et auprès de leurs partenaires (IPPAP) selon l'approche négociée.

Ententes

Procédures

S'il n'y a pas d'entente préalable

⇒ Inscrire les données cliniques sur le formulaire d'enquête épidémiologique (section 2) à partir des renseignements qui se trouvent sur la déclaration.

⇒ Communiquer avec le cas-index afin d'obtenir les autres données cliniques nécessaires et de remplir les autres sections du formulaire, puis procéder à l'intervention préventive.

⇒ Au besoin, communiquer avec le clinicien pour valider les cas de syphilis ou de lymphogranulomatose vénérienne, pour obtenir des précisions sur le traitement reçu ou sur les autres tests effectués, ou lorsque la situation épidémiologique le justifie (par exemple, la direction régionale de santé publique (DRSP) peut demander la collaboration des cliniciens à une vigie intensifiée lorsqu'une éclosion se produit).

Si une entente préalable stipule que le médecin effectue l'IPPAP selon l'approche négociée pour tous les cas prioritaires

⇒ Selon l'entente, faire parvenir au clinicien les outils en rapport avec l'intervention.

⇒ inscrire les données cliniques sur le formulaire d'enquête épidémiologique (section 2) à partir des renseignements qui se trouvent sur la déclaration et sur le formulaire de collecte des renseignements rempli par le clinicien.

⇒ Remplir la partie sur les facteurs de risques (section 3) à partir du formulaire de collecte des renseignements rempli par le clinicien.

⇒ Au besoin, communiquer avec le clinicien pour valider les cas de syphilis ou de lymphogranulomatose vénérienne, ou lorsque la situation épidémiologique le justifie.

⇒ Au besoin, relancer le médecin pour obtenir les renseignements nécessaires aux fins de l'enquête.

Si le médecin refuse que la santé publique joigne le cas-index ou refuse d'effectuer l'IPPAP selon l'approche négociée, malgré une entente préalable

⇒ Demander au médecin la raison de son refus et l'inscrire sur le formulaire d'enquête épidémiologique: intervention d'un tiers brise relation confiance, médecin rapporte refus cas-index, médecin présume refus cas-index, autre (préciser).

⇒ Lorsque le médecin refuse de collaborer à l'enquête épidémiologique et de fournir l'information sur l'intervention préventive effectuée, la direction régionale de santé publique (DRSP) l'avise qu'elle communiquera avec le cas-index dans une perspective de protection de la santé publique.

Pour les ITS autres que prioritaires

- Le soutien à l'IPPAP n'est pas offert systématiquement par la DRSP.
- Le clinicien effectue l'IPPAP selon l'approche passive : il dresse la liste des partenaires à joindre en fonction de la période de contagiosité, il remet les documents pertinents au cas-index, il prépare celui-ci à informer ses partenaires et, au besoin, si un suivi clinique est prévu, il assure le suivi de la démarche de notification faite par le cas-index.
- Selon les modalités régionales, la Direction régionale de santé publique transmet au clinicien les outils en rapport avec l'intervention, soit de façon périodique, soit pour chaque cas.

Demandes de soutien

1. Demande venant d'un clinicien :

- S'il s'agit d'une ITS prioritaire, accepter la demande d'emblée.
- S'il s'agit d'une ITS autre que prioritaire, analyser la demande (situation du cas-index, risques appréhendés pour les partenaires et ressources disponibles) et communiquer avec le clinicien pour convenir d'une entente. S'il est décidé que l'intervention préventive auprès du cas-index sera effectuée par la direction régionale de santé publique :
 - demander au médecin d'en aviser le cas-index ;
 - lui demander également les renseignements cliniques nécessaires et des informations sur les facteurs de risque ;
 - communiquer avec le cas-index pour continuer l'intervention préventive.
- Dans tous les cas, assurer le suivi des démarches (voir, à l'annexe 10, la section « Suivi à donner au clinicien concernant une démarche de la santé publique auprès de l'un de ses patients »).

2. Demande venant d'une personne atteinte d'une ITS :

- Valider le diagnostic soit en consultant le fichier MADDO, soit en communiquant avec le laboratoire ou le clinicien concerné par le cas.
- Si le diagnostic n'est pas validé : ne pas intervenir auprès des partenaires.
- Si le diagnostic est validé : accepter la demande de soutien et appliquer l'approche négociée.

3. Demande venant de l'extérieur de la région :

- S'il s'agit d'un cas-index qui réside dans la région mais qui a reçu son diagnostic ailleurs :
 - S'assurer que l'information émane d'un organisme reconnu ;
 - effectuer l'intervention selon les priorités régionales.
- S'il s'agit de partenaires qui résident dans la région alors que le cas-index réside ailleurs :
 - effectuer l'intervention selon les priorités régionales.

Dans tous les cas, informer le demandeur sur les résultats des démarches.

**Annexe 13 : Demande d'enquête à Héma-Québec pour une personne infectée
ayant reçu du sang (version du 9 février 2011)**

Avant de remplir le formulaire, vérifier s'il a été mis à jour

Logo de la DSP
à insérer

Formulaire A

DEMANDE DE RETRAIT DE PRODUITS OU D'ÉTUDE DE DONNÉES ANTÉRIEURES À HÉMA-QUÉBEC POUR LES PERSONNES INFECTÉES AYANT FAIT UN DON DE SANG

Héma-Québec : Télécopieur
Lundi au vendredi entre 8 h 30 et 16 h 30 :
Soir et fin de semaine :

Montréal
514-832-1024
514-904-2522

IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom : _____	Prénom : _____
Adresse : _____ Code postal : _____	
Date de naissance : ____/____/____ (aaaa/mm/jj)	Sexe : F ☐ M ☐
Numéro d'assurance-maladie : _____	

INFECTION EN CAUSE

Nom de la maladie : _____	
Date du début de la maladie : ____/____/____ (aaaa/mm/jj)	☐ Inconnue
Date du test de confirmation : ____/____/____ (aaaa/mm/jj)	
☐ Cochez s'il s'agit d'une mise à jour de l'information déjà fournie à Héma-Québec dans le cadre de la présente enquête	
Précisez : _____	

IDENTIFICATION DU DEMANDEUR

_____ NOM DE L'INTERVENANT	_____ N° DE TÉLÉPHONE	Date : ____/____/____ (aaaa/mm/jj)
_____ NOM DE L'ÉTABLISSEMENT	_____ N° DE TÉLÉCOPIEUR	

ACCUSÉ DE RÉCEPTION D'HÉMA-QUÉBEC

_____ NOM DE L'INTERVENANT D'HÉMA-QUÉBEC	Date : ____/____/____ (aaaa/mm/jj)
☒ Veuillez retourner le formulaire avec la section « ACUSÉ DE RÉCEPTION D'HÉMA-QUÉBEC » complété au numéro de télécopieur de la DSP mentionné ci-dessus.	

**DEMANDE D'ENQUÊTE À HÉMA-QUÉBEC
POUR UNE PERSONNE INFECTÉE AYANT REÇU DU SANG**

Logo de la DSP
à insérer

Formulaire B - Partie 1

Héma-Québec : Télécopieur

Montréal

Lundi au vendredi entre 8 h 30 et 16 h 30 :

514-832-1024

Soir et fin de semaine :

514-904-2522

N° de Référence

☐ Cochez s'il s'agit d'une **mise à jour** de l'information déjà fournie à Héma-Québec dans le cadre de la présente enquête

Précisez _____ :

Joindre le formulaire B – Partie 2 et les informations sur les produits transfusés obtenues du ou des centres hospitaliers. Enlever la section identification au préalable et acheminer à Héma-Québec.

IDENTIFICATION DU DEMANDEUR

_____	_____	Date : ____/____/____ (aaaa/mm/jj)
NOM DE L'INTERVENANT	N° DE TÉLÉPHONE	
_____	_____	
NOM DE L'ÉTABLISSEMENT	N° DE TÉLÉCOPIEUR	

ACCUSÉ DE RÉCEPTION D'HÉMA-QUÉBEC

NOM DE L'INTERVENANT D'HÉMA-QUÉBEC

Date : ____/____/____ (aaaa/mm/jj)

X

S'il vous plaît, accuser réception de la présente par télécopieur le plus tôt possible et nous aviser des résultats de l'enquête.

Logo de la DSP
à insérer

Formulaire B - Partie 2

DEMANDE DE LA LISTE DES PRODUITS TRANSFUSÉS AU CENTRE HOSPITALIER (CH) POUR UNE PERSONNE INFECTÉE AYANT REÇU DU SANG

IDENTIFICATION DU DEMANDEUR (DSP)

NOM DE L'INTERVENANT _____	N° de téléphone : _____
Date ____/____/____ (aaaa/mm/jj)	N° de télécopieur : _____

IDENTIFICATION DE L'ÉTABLISSEMENT

Nom du centre hospitalier : _____
N° de téléphone : _____ N° de télécopieur : _____

INFECTION EN CAUSE

.....
NO DE RÉFÉRENCE

NOM DE LA MALADIE : _____
DATE DE DÉBUT DE LA MALADIE : ____/____/____ (aaaa/mm/jj) / ☐ Inconnue
DATE DU TEST DE CONFIRMATION : ____/____/____ (aaaa/mm/jj)

PÉRIODE DE RECHERCHE

du ____/____/____ (aaaa/mm/jj)	au ____/____/____ (aaaa/mm/jj)
--------------------------------	--------------------------------

Veillez remplir le formulaire et annexer la liste des produits dénominalisés, s'il y a lieu, et retourner dans les meilleurs délais par télécopieur à Héma-Québec

Héma-Québec : Télécopieur	Montréal
Lundi au vendredi entre 8h30 et 16h30 :	514-832-1024
Soir, fin de semaine et congé férié:	514-904-2522

À remplir par le chargé de sécurité transfusionnelle du centre hospitalier et initier un RIAT s'il y a lieu.

- ☐ Cochez si la liste des produits administrés a été acheminée à Héma-Québec
Dans ce cas, inscrivez le numéro d'enquête fourni par Héma-Québec : _____ et
signer à l'endroit prévu sans remplir le tableau et sans initier de RIAT et retourner à la DSP.
- ☐ Cochez si aucun produit n'a été administré dans votre CH
Dans ce cas, signez à l'endroit prévu sans remplir le tableau et sans initier de RIAT et retourner à la DSP.

→ Utiliser le tableau de la page suivante pour la liste des produits.

IDENTIFICATION DU RECEVEUR (NE PAS ACHEMINER CETTE SECTION À HÉMA-QUÉBEC)

Nom du patient (à la naissance) : _____	Prénom : _____
Date de naissance (aaaa-mm-jj) : ____/____/____	Sexe : ☐ F ☐ M N° téléphone : _____
Adresse : _____	Code postal : _____

ACCUSÉ DE RÉCEPTION DU CH À FAIRE PARVENIR À LA DSP DANS LES PLUS BREFS DÉLAIS

Signature du chargé de sécurité transfusionnelle

Établissement

Date ____/____/____ (aaaa/mm/jj)

Numéro de référence

Formulaire B - Partie 2

Liste des produits administrés

Produit sanguin transfusé	Groupe ABO/Rh de l'unité	N° de l'unité	Date de transfusion (aaaa/mm/jj)

Signature : _____

Date : _____

Annexe 14 : Guide d'utilisation de la brochure *Entre caresses et baisers, une ITS s'est faufilée... Il faut en parler*^a

La brochure intitulée *Entre caresses et baisers, une ITS s'est faufilée... Il faut en parler* inclut deux modèles de carte de notification. Elle doit être remise à toute personne atteinte d'une ITS.

Pourquoi remettre cette brochure ?

Elle permet de renforcer l'intervention préventive, qui consiste :

- 1) à informer la personne atteinte sur les ITS et les moyens de les prévenir ;
- 2) à sensibiliser cette personne à la pertinence de l'intervention préventive auprès de ses partenaires sexuels ;
- 3) à l'aider à aviser ses partenaires.

Quand remettre cette brochure ?

- Lorsque le clinicien informe une personne qu'elle est atteinte d'une ITS.
- Lorsque le professionnel de la santé effectue une enquête épidémiologique, que la personne atteinte accepte ou non le soutien qui lui est offert.

Comment utiliser cette brochure ?

Avant de remettre la brochure à la personne atteinte, y insérer un feuillet indiquant les ressources de la région pour son information et celle de ses partenaires, qui pourront les consulter (remettre à la personne atteinte autant de copies qu'elle a de partenaires à joindre).

Selon les besoins recensés (volet 2 de l'intervention préventive), expliquer le contenu et l'utilité de la brochure à la personne atteinte en abordant les éléments suivants :

- les raisons pour lesquelles elle doit aviser ses partenaires (p. 3-4) ;
- ce qu'il faut faire quand on a une ITS et les moyens de se protéger (p. 5-9) ;
- les pistes pour aviser ses partenaires (p. 10-11) ;
- les informations sur les ITS (p. 12-22), qui pourront aussi servir à ses partenaires ;
- le tableau servant à identifier les partenaires à joindre selon la période de contagiosité (p. 27)^b ;
- la carte de notification, à remettre à ses partenaires (p. 23-25) : imprimer et remettre des copies supplémentaires selon le nombre de partenaires à retracer.

a. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Entre caresses et baisers, une ITS s'est faufilée... Il faut en parler*, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2009, 28 p.

b Le tableau est simplifié pour le cas-index. Voir l'annexe 11, « Tableau sur les partenaires à joindre en fonction de la période de contagiosité ».

Pourquoi encourager l'utilisation de la carte de notification ?

(Voir les modèles, à la page suivante.)

C'est une stratégie qui augmente l'efficacité de l'intervention préventive effectuée par le professionnel de la santé. Le recours à une telle stratégie :

- permet d'augmenter le nombre de partenaires joints et traités,
- permet d'éviter à la personne atteinte d'être réinfectée,
- donne une plus grande légitimité à la personne atteinte lorsqu'elle informe ses partenaires.

La carte de notification permet également d'informer le partenaire sur la nécessité de consulter un médecin, même en l'absence de symptômes, et de le sensibiliser à l'importance de se protéger en attendant d'être évalué et traité, au besoin.

Comment l'utilisation de cette carte peut-elle aider la personne atteinte ?

- La formulation des messages à transmettre aux partenaires sexuels est adéquate.
- La carte peut servir à préserver l'anonymat de la personne atteinte si les précautions suivantes sont prises :
 - utiliser une carte sur laquelle figure déjà le nom de l'infection (carte imprimée ou remplie par le professionnel de la santé) afin que le partenaire ne reconnaisse pas l'écriture de cette personne ;
 - insérer la carte dans une enveloppe que cette personne placera discrètement à un endroit où son partenaire pourra facilement la trouver (boîte aux lettres, sac, casier, etc.) ;
 - mentionner à cette personne que l'un ou l'autre de ses partenaires peut chercher à savoir si c'est elle qui lui a remis une carte de notification et préparer des réponses avec elle (par exemple, « Moi aussi, j'ai reçu une carte » ou « Il doit s'agir d'une personne qui a ta santé à cœur »).

Modèles de cartes de notification (tutoiement et vouvoiement)**Modèle 1 - Tutoiement**

Nous nous sommes fait la cour et nous avons fait l'amour... sans nous protéger. Ce que j'ai à te dire ne fait pas mon affaire, mais je dois t'avertir que nous nous sommes probablement transmis une ITS (infection transmissible sexuellement). Cette ITS s'appelle : _____.

Il est possible que tu ne présentes aucun symptôme. Malgré cela, les conséquences peuvent être graves pour ta santé et, de plus, tu pourrais infecter d'autres personnes. Tu dois donc consulter un médecin. Il est souhaitable d'éviter les relations sexuelles ou d'utiliser le condom tant que tu n'auras pas consulté un médecin et reçu un traitement efficace. De cette façon, tu éviteras de transmettre l'infection à quelqu'un d'autre.

Si tu veux plus d'information ou si tu désires les coordonnées d'un médecin qui traite les ITS, tu peux téléphoner au service Info-Santé 811 ou _____ (ressource régionale). Tu peux aussi visiter les sites Internet santé.gouv.qc.ca (grand public) ou itss.gouv.qc.ca (site jeunes).

Modèle 2 - Vouvoiement

Ceci est pour vous avertir que vous avez probablement contracté une infection transmissible sexuellement (ITS). Le nom de cette ITS est _____. Consultez rapidement un médecin, même si vous n'avez pas de symptôme. Vous pourriez vous éviter des complications et éviter d'infecter d'autres personnes. En attendant la consultation, il est préférable de ne pas avoir de relations sexuelles. Si vous en avez, utilisez le condom.

Pour plus d'information ou pour obtenir les coordonnées d'un médecin traitant les ITS, , vous pouvez téléphoner au service Info-Santé 811 ou _____ (ressource régionale). Vous pouvez aussi visiter les sites Internet santé.gouv.qc.ca (grand public) ou itss.gouv.qc.ca (site jeunes).

