

ATELIER DE FORMATION

**Programme québécois d'intervention
préventive auprès des personnes
atteintes d'une infection transmissible
sexuellement (ITS) et auprès de
leurs partenaires (IPPAP)**

CAHIER DU PARTICIPANT

Formation 1 jour

Programme de formation

L'intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une ITS et auprès de leurs partenaires (IPPAP)

APPROCHE PASSIVE

adaptée pour 1 journée

Cahier du participant

Mise à jour : Mai 2016

Coordination

Nicole Marois, coordonnatrice professionnelle
Direction des Risques biologiques, environnementaux et occupationnels
Institut national de santé publique du Québec

Encadrement pédagogique

Martin Labelle, M.D., coordonnateur pédagogique
Centre de formation professionnelle continue, Faculté de médecine, Université de Montréal

Robert L. Thivierge, vice-doyen
Centre de formation professionnelle continue, Faculté de médecine, Université de Montréal

Conception et rédaction des activités pédagogiques

Radegonde Ndejuru, Inf., M.Sc., consultante

Marie-Carole Toussaint, Inf., M.Sc.,
Direction de santé publique de Montréal-Centre

Planification du programme de formation, révision et validation

Michèle Dupont, médecin-conseil

Direction générale de la santé publique, MSSS

Brigitte Fournier, médecin-conseil en maladies infectieuses
Direction de santé publique de Chaudière-Appalaches

Claude Laberge, médecin-conseil
Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec

Sylvie Venne, médecin-conseil
Direction générale de la santé publique, MSSS

Note : Dans ce document, l'emploi du masculin a pour but d'alléger le texte et s'applique aussi bien aux femmes qu'aux hommes.

Révision janvier 2014

Claude Laberge, médecin-conseil

Direction générale de la santé publique, MSSS

Sébastien Payan, infirmier

Institut national de santé publique du Québec

Avec la collaboration de :

Marie-Carole Toussaint, Infirmière clinicienne,

Direction générale de la santé publique, MSSS

Évelyne Fleury, agente de planification de programmation et de recherche

Direction générale de la santé publique, MSSS

Mise à jour janvier 2016

Geneviève Boily, infirmière

Institut national de santé publique du Québec

Secrétariat et éditique

Linda Cléroux

Direction des Risques biologiques, environnementaux et occupationnels

Institut national de santé publique du Québec

Reconnaissance de formation

Ce programme répond aux exigences de développement et de contenu scientifique en formation continue.

Il est possible, pour tout participant, d'obtenir une reconnaissance de formation continue officielle émise par l'École de santé publique de l'Université de Montréal et l'Institut national de santé publique du Québec. Pour recevoir cette reconnaissance de formation, les participants doivent **inscrire leurs coordonnées lisiblement** et **signer la feuille de présence disponible lors de leur participation à une activité en présentiel** ou **réaliser l'entièreté d'une activité en ligne**.

Accréditation

L'unité de développement des compétences de l'Institut national de santé publique du Québec est pleinement agréée par l'École de santé publique de l'Université de Montréal. Elle reconnaît les activités de formation de l'INSPQ comme des formations universitaires sanctionnées par des UEC (unité d'éducation continue). Une unité d'éducation continue représente 10 heures de participation.

L'École de santé publique de l'Université de Montréal et l'Institut national de santé publique du Québec reconnaît, à la présente activité, **0.1 UEC** pour **chaque heure** de formation.

Table des matières

PRÉAMBULE	7
BUT DE L'ATELIER	9
OBJECTIFS GÉNÉRAUX.....	9
CLIENTÈLE CIBLE	9
HORAIRE	10
PRÉ-TEST	15
MODULE 1 – OBJECTIFS ET PERTINENCE DE L'INTERVENTION	19
FICHE PÉDAGOGIQUE	19
PRÉSENTATION POWER POINT	21
DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE	37
<i>La lutte contre les ITSS au Québec : documents d'orientation</i>	<i>39</i>
<i>Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec : Année 2012 et projections 2013 – Sommaire</i>	<i>43</i>
<i>Historique de la lutte contre les infections transmissibles sexuellement et par le sang au Québec.....</i>	<i>48</i>
MODULE 2 – L'IPPAP : COMPOSANTES DE L'INTERVENTION.....	57
FICHE PÉDAGOGIQUE	57
PRÉSENTATION POWER POINT	59
DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE	71
<i>L'intervention préventive auprès de la personne atteinte d'une infection transmissible sexuellement et auprès de ses partenaires.....</i>	<i>73</i>
<i>Approche négociée pour les ITS prioritaires , Guide d'intervention ITS-MADO</i>	<i>83</i>
<i>Approche passive pour les ITS-MADO autres que prioritaires – IPPAP effectuée par le clinicien ou l'intervenant de première ligne.....</i>	<i>84</i>
<i>La chimioprophylaxie.....</i>	<i>85</i>
<i>Le traitement curatif.....</i>	<i>85</i>
<i>Programme de gratuité des médicaments pour le traitement des infections transmissibles sexuellement</i>	<i>86</i>
<i>Liste d'outils accessibles sur Internet.....</i>	<i>87</i>
<i>Guide d'utilisation de la brochure Entre caresses et baisers, une ITS s'est faufilée... Il faut en parler</i>	<i>89</i>
<i>Tableau sur les partenaires à joindre en fonction de la période de contagiosité</i>	<i>91</i>
MODULE 3 – LES ASPECTS ÉTHIQUES ET LÉGAUX	97
FICHE PÉDAGOGIQUE	97
PRÉSENTATION POWER POINT	99
<i>Réponses aux questions les plus fréquemment posées</i>	<i>113</i>
<i>Extrait du Guide d'intervention ITS-MADO, édition 2014 MSSS</i>	<i>119</i>
DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE	121
<i>Le cadre juridique et éthique</i>	<i>122</i>
<i>Les pouvoirs et les responsabilités des acteurs en vertu des lois.....</i>	<i>125</i>
<i>Les dimensions éthiques</i>	<i>129</i>

PRÉAMBULE

Les infections transmissibles sexuellement (ITS) constituent un sérieux problème de santé publique. Chaque année, ces infections touchent des milliers de personnes et, à elles seules, elles représentent 2/3 de toutes les maladies infectieuses déclarées au système des maladies à déclaration obligatoire (MADO) du Québec.

Le phénomène est en recrudescence. Ainsi, depuis la fin des années quatre-vingt-dix, l'incidence de l'infection à *Chlamydia trachomatis*, de l'infection gonococcique et de la syphilis infectieuse est à la hausse. De plus, on observe une augmentation d'infections rares, comme la lymphogranulomatose vénérienne. Pour le moment, cette infection touche principalement les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH).

Inscrite au *Programme national de santé publique 2003-2012*, l'intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une ITS et auprès de leurs partenaires - auparavant appelée *notification aux partenaires* - est un moyen dont la pertinence est largement reconnue pour lutter contre les ITS. Au Québec, cette démarche s'inscrit dans le cadre de l'enquête épidémiologique que, conformément à la Loi sur la santé publique, la Direction de santé publique (DSP) mène à la suite de la déclaration d'une MADO.

Même si elle peut s'avérer exigeante, tant pour les personnes atteintes que pour les professionnels de la santé, l'intervention préventive (IP) est susceptible de réduire la transmission des ITS et de limiter leurs conséquences négatives pour la santé de la population.

L'IP doit être accessible dans toutes les régions. Elle peut être offerte selon diverses modalités d'organisation tenant compte des réalités du milieu. Partout, elle exige la collaboration de tous les professionnels de la santé concernés, tant les cliniciens que les professionnels de la santé publique.

Ces professionnels doivent acquérir les connaissances et les compétences nécessaires pour la réalisation de l'IP, par exemple, au moyen de la formation continue. Ainsi, un atelier interactif de formation a été développé afin de soutenir les DSP dans l'implantation de l'IPPAP et de présenter les stratégies et les outils d'intervention appropriés.

BUT DE L'ATELIER

Le présent atelier vise à faire connaître *l'intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une ITS et auprès de leurs partenaires* » (IPPAP) et à favoriser l'harmonisation des pratiques et le développement d'habiletés d'intervention préventive auprès de ces personnes.

OBJECTIFS GÉNÉRAUX

- Situer l'IPPAP dans les stratégies de lutte aux ITSS comme mesure de protection de la santé publique;
- Présenter les objectifs, les approches préconisées, l'intervention préventive et ses modalités d'application;
- Outiller les professionnels pour la réalisation de l'intervention préventive;
- Sensibiliser les professionnels aux aspects éthiques et légaux de l'IPPAP.

CLIENTÈLE CIBLE

Infirmières, médecins et autres professionnels de la santé qui auront à intervenir auprès des personnes atteintes d'une ITS et de leurs partenaires.

Pré requis

1. Lecture des documents suivants :

Guide québécois de dépistage Infections transmissibles sexuellement et par le sang, Québec, MSSS, 2006, 149 p. et les mises à jour 2010 Consulter le site Internet du MSSS pour avoir les mises à jour : www.msss.gouv.qc.ca/itss

2. Participation à l'atelier de formation « *La contribution de l'infirmière dans la lutte contre les ITSS* » ou à une formation équivalente ou acquisition d'une expérience de la problématique des ITSS jugée pertinente

3. Lecture suggérée des documents suivants :

Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement, édition 2010, Agence de santé publique du Canada (ASPC). Consulter le site Internet de l'ASPC pour avoir les mises à jour : www.santepublique.gc.ca/its.

HORAIRE

Formation IPPAP adaptée pour 1 journée

8 h 30 – 9 h 00	Introduction et présentation (formateurs et participants)	
	Attentes des participants	
9 h 00 – 9 h 30	Module 1	Objectifs et pertinence de l'IPPAP
9 h 30 – 10 h 00	Module 2	Composantes de l'intervention
10 h 00 – 10 h 15	Pause	
10 h 15 – 12 h 00	Module 2 (suite)	Volets de l'intervention, déroulement
		Cas cliniques : Alain / Julie / Martin
		Outils
12 h 00 – 13 h 00	Dîner	
13 h 00 – 14 h 30		Jeux de rôles
14 h 30 – 15 h 00	Module 3	Éthique – Cas de Mariam et Anabelle
15 h 00 – 15 h 15	Pause	
15 h 15 – 16 h 00		Éthique (suite) – Questions les plus fréquentes
16 h 00 – 16 h 30		Questions – Évaluations
16 h 30	Fin de la formation	

Diapositive 1



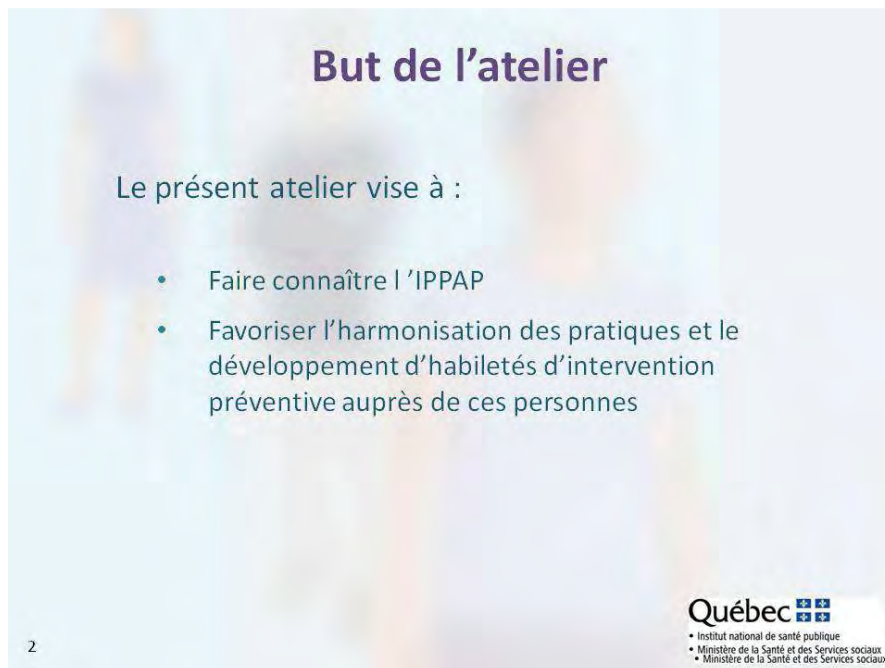
ATELIER DE FORMATION

À l'intention des professionnels
de 1^{ère} ligne (Version adaptée)

**L'Intervention
Préventive auprès des
Personnes
Atteintes d'une ITS et auprès de leurs
Partenaires**

Québec 
• Institut national de santé publique
• Ministère de la Santé et des Services sociaux

Diapositive 2



But de l'atelier

Le présent atelier vise à :

- Faire connaître l'IPPAP
- Favoriser l'harmonisation des pratiques et le développement d'habiletés d'intervention préventive auprès de ces personnes

2

Québec 
• Institut national de santé publique
• Ministère de la Santé et des Services sociaux
• Ministère de la Santé et des Services sociaux

Diapositive 3

Objectifs généraux

1. Situer l'IPPAP dans les stratégies de lutte aux ITSS comme mesure de protection de santé publique
2. Présenter les objectifs, les approches préconisées, l'intervention préventive et ses modalités d'application
3. Outiller les professionnels pour la réalisation de l'intervention préventive
4. Sensibiliser les professionnels aux aspects éthiques et légaux de l'IPPAP

3

Québec 
• Institut national de santé publique
• Ministère de la Santé et des Services sociaux
• Ministère de la Santé et des Services sociaux

Diapositive 4

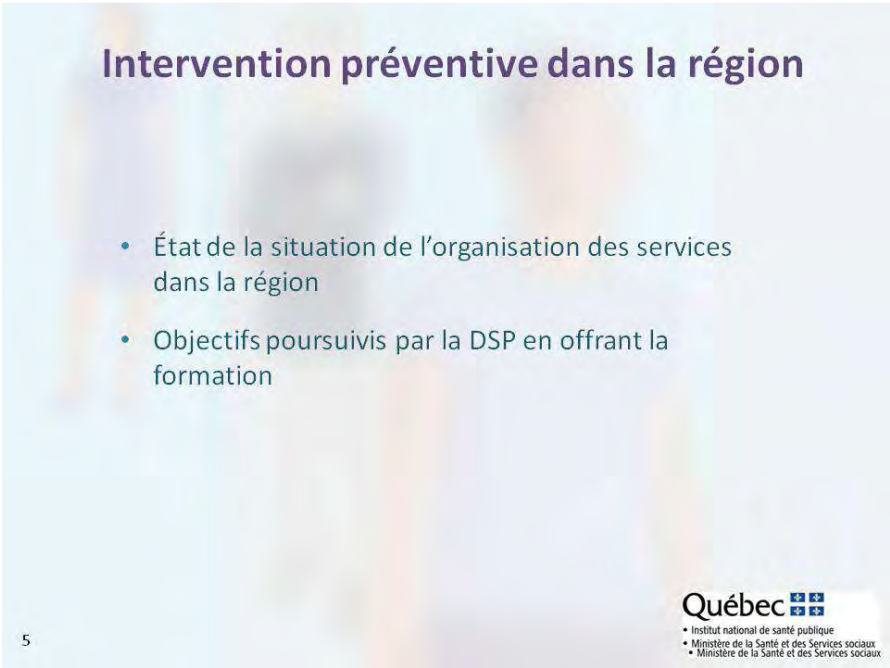
Contenu de l'atelier

- Introduction : Intervention préventive dans la région
- Module 1 : La lutte aux ITSS : stratégies provinciales
Objectifs et pertinence de l'intervention
- Module 2 : L'IPPAP : composantes de l'intervention
Entrevues
- Module 3 : Les aspects éthiques et légaux
- Conclusion et évaluation

4

Québec 
• Institut national de santé publique
• Ministère de la Santé et des Services sociaux
• Ministère de la Santé et des Services sociaux

Diapositive 5



Intervention préventive dans la région

- État de la situation de l'organisation des services dans la région
- Objectifs poursuivis par la DSP en offrant la formation

5

Québec 
• Institut national de santé publique
• Ministère de la Santé et des Services sociaux
• Ministère de la Santé et des Services sociaux

Diapositive 6

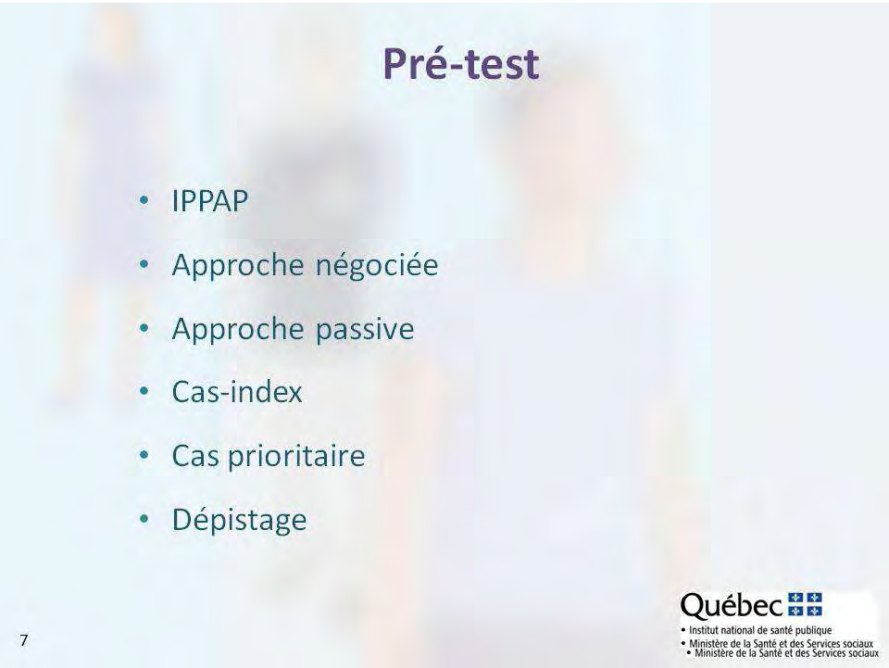


Vos attentes ...

6

Québec 
• Institut national de santé publique
• Ministère de la Santé et des Services sociaux
• Ministère de la Santé et des Services sociaux

Diapositive 7



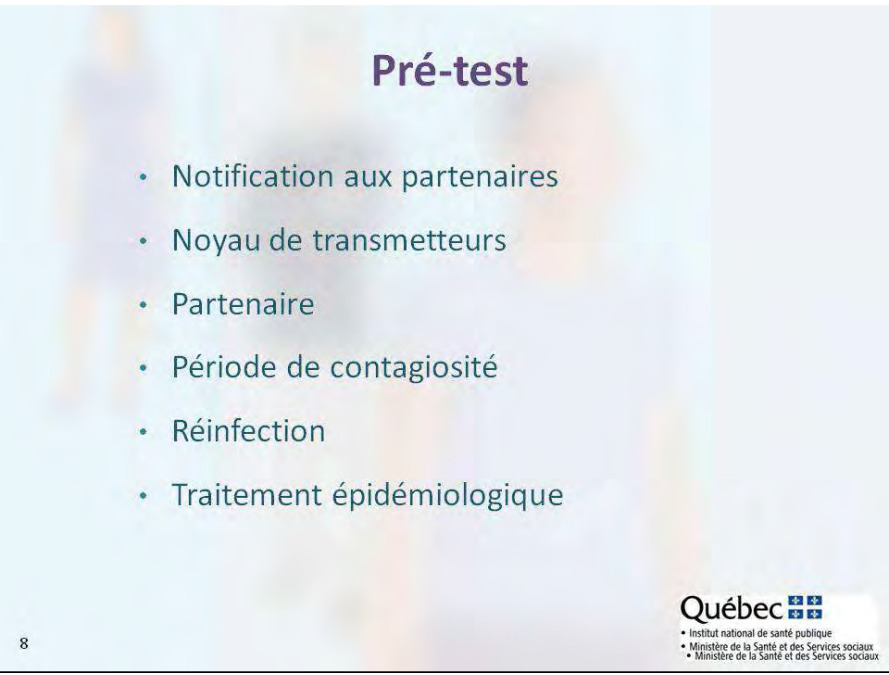
Pré-test

- IPPAP
- Approche négociée
- Approche passive
- Cas-index
- Cas prioritaire
- Dépistage

7

Québec 
• Institut national de santé publique
• Ministère de la Santé et des Services sociaux
• Ministère de la Santé et des Services sociaux

Diapositive 8



Pré-test

- Notification aux partenaires
- Noyau de transmetteurs
- Partenaire
- Période de contagiosité
- Réinfection
- Traitement épidémiologique

8

Québec 
• Institut national de santé publique
• Ministère de la Santé et des Services sociaux
• Ministère de la Santé et des Services sociaux

PRÉ-TEST

Cette activité se déroule en sous-groupes; elle a pour but d'évaluer les connaissances préalables des participants et de les familiariser avec les notions de base utilisées dans l'IPPAP.

Donnez la définition des termes suivants :

1. IPPAP :

2. Approche négociée :

3. Approche passive :

4. Cas-index :

5. Cas prioritaire :

6. Dépistage :

7. Notification aux partenaires :

8. Noyau de transmetteurs :

9. Partenaire :

10. Période de contagiosité :

11. Réinfection :

12. Traitement épidémiologique :

Module 1.

LA LUTTE AUX ITSS : STRATÉGIES PROVINCIALES
OBJECTIFS ET PERTINENCE DE L'INTERVENTION

MODULE 1 – OBJECTIFS ET PERTINENCE DE L'INTERVENTION

FICHE PÉDAGOGIQUE

MODULE 1- OBJECTIFS ET PERTINENCE DE L'INTERVENTION

Objectif général :

Situer l'IPPAP dans les stratégies de lutte aux ITSS comme mesure de protection de la santé publique

Objectifs spécifiques :

- Expliquer la problématique des ITS au Québec et dans la région
- Décrire la place de l'IPPAP dans la lutte aux ITS
- Comprendre les objectifs de l'IPPAP

Éléments de contenu :

- Ampleur de la problématique des ITS au Québec et dans la région
- Orientations ministérielles en matière de lutte aux ITSS et les liens avec l'IPPAP
- Historique de l'IPPAP au Québec et recommandations du CCITS
- Objectifs de l'IPPAP et pertinence de l'intervention préventive

Méthodes pédagogiques :

- Exposé magistral
- Échanges et discussion

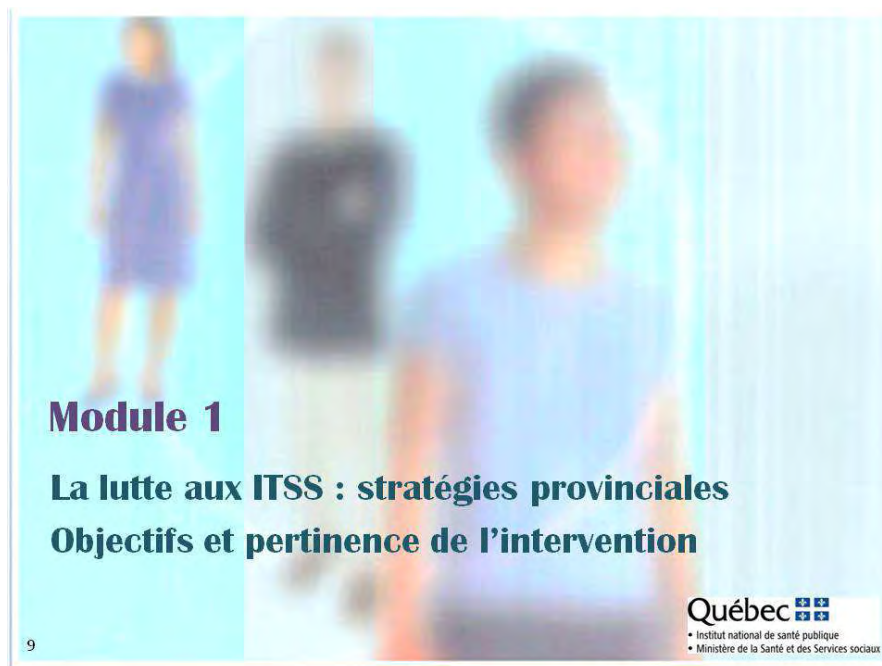
Durée : 30 min

Matériel d'accompagnement :

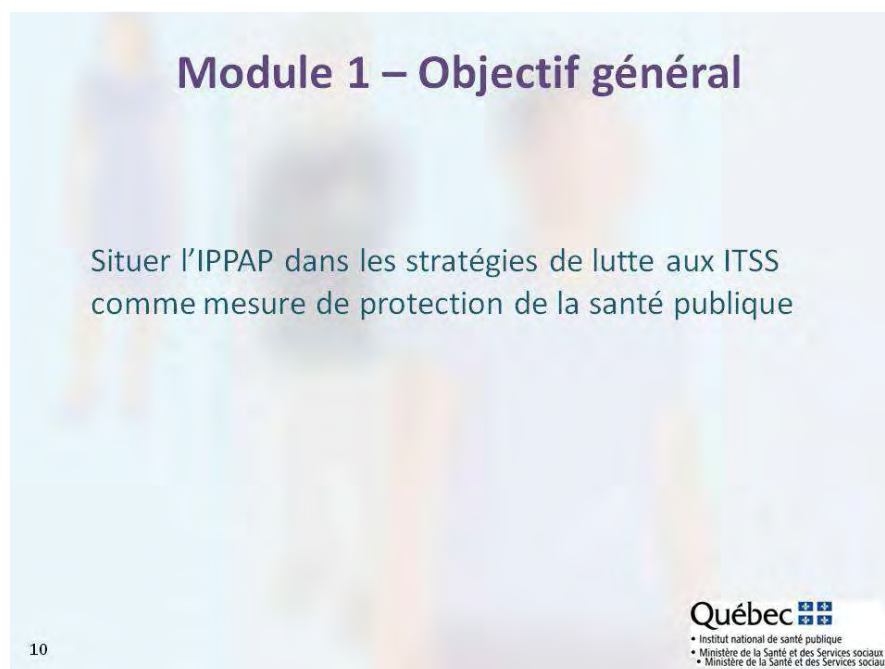
- MSSS, Programme national de santé publique, 2003-2012, Québec, 2003
- Guide ITS-MADO, 2014 MSSS

PRÉSENTATION POWER POINT

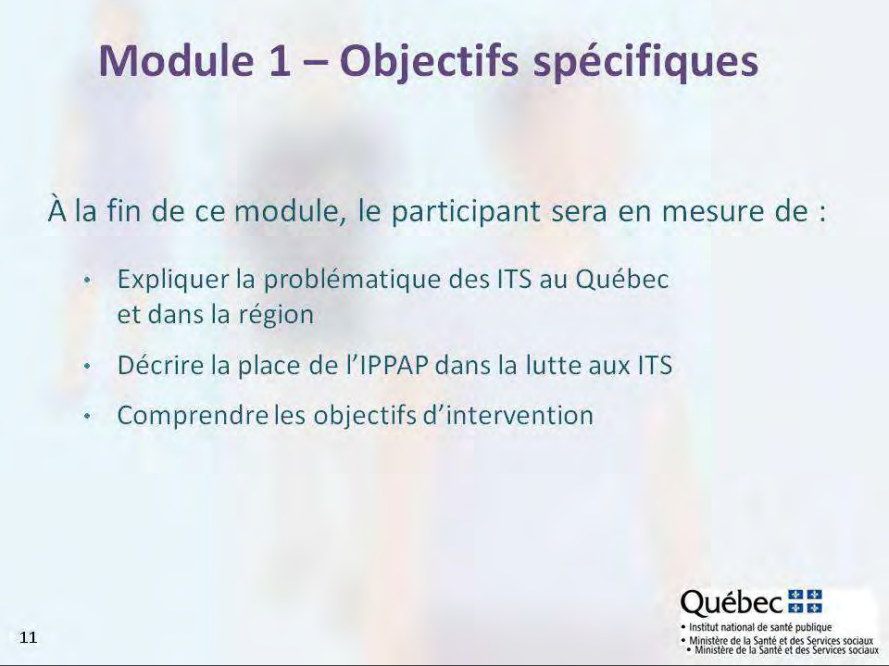
Diapositive 9



Diapositive 10



Diapositive 11



Module 1 – Objectifs spécifiques

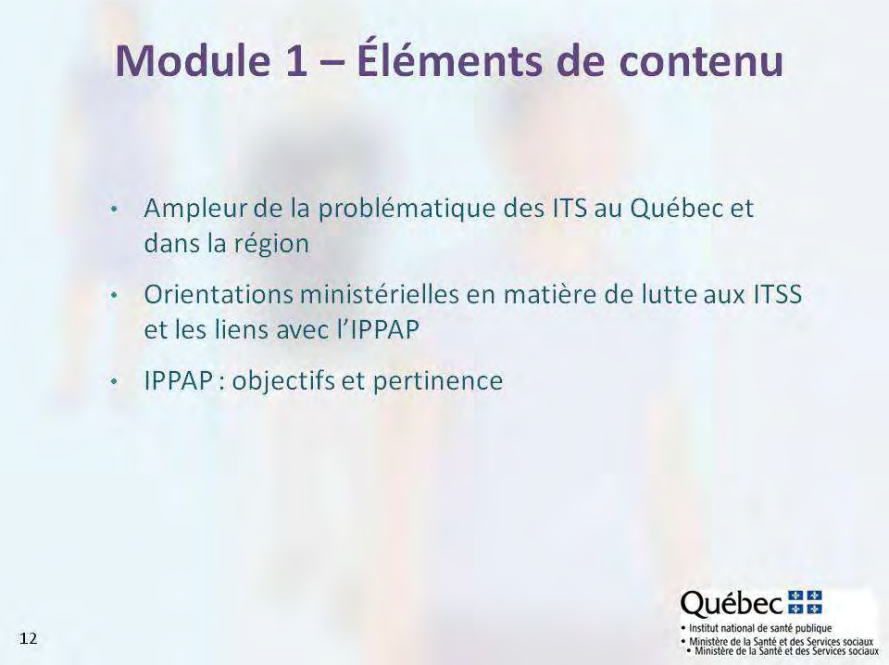
À la fin de ce module, le participant sera en mesure de :

- Expliquer la problématique des ITS au Québec et dans la région
- Décrire la place de l'IPPAP dans la lutte aux ITS
- Comprendre les objectifs d'intervention

11

Québec 
• Institut national de santé publique
• Ministère de la Santé et des Services sociaux
• Ministère de la Santé et des Services sociaux

Diapositive 12



Module 1 – Éléments de contenu

- Ampleur de la problématique des ITS au Québec et dans la région
- Orientations ministérielles en matière de lutte aux ITSS et les liens avec l'IPPAP
- IPPAP : objectifs et pertinence

12

Québec 
• Institut national de santé publique
• Ministère de la Santé et des Services sociaux
• Ministère de la Santé et des Services sociaux

Diapositive 13

Ampleur de la problématique des ITS au Québec

Avec plus de 29 000 cas déclarés en 2014, les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) représentent 75 % de l'ensemble des infections recensées dans le fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO).



13

Québec
• Institut national de santé publique
• Ministère de la Santé et des Services sociaux
• Ministère de la Santé et des Services sociaux

Diapositive 14

Ampleur de la problématique des ITS au Québec (suite)

Chlamydia trachomatis

- L'infection génitale à *Chlamydia trachomatis* demeure, et de loin, la plus fréquente des ITSS à déclaration obligatoire, avec 23 198 cas déclarés en 2014.
- L'incidence des cas déclarés a augmenté de **29 %** entre 2010 et 2014.

14

Québec
• Institut national de santé publique
• Ministère de la Santé et des Services sociaux
• Ministère de la Santé et des Services sociaux

Diapositive 15

Ampleur de la problématique des ITS au Québec (suite)

Infection gonococcique

- L'incidence des cas déclarés **d'infection gonococcique** a crû de **53,8 %** entre 2010 et 2014, tant chez les hommes que chez les femmes.
- La hausse a été de 24 % entre 2013 et 2014 (35,3 % chez les hommes et 1,1 % chez les femmes).

15

Québec
• Institut national de santé publique
• Ministère de la Santé et des Services sociaux

Diapositive 16

Ampleur de la problématique des ITS au Québec (suite)

- Parmi les hommes infectés par *Neisseria gonorrhoeae* en 2014 :
 - les infections rectales représentent 25 % des cas déclarés
 - les infections pharyngées comptent pour 30 % des cas.
- Entre 2010 et 2014, le nombre de déclarations **d'infections gonococciques** uniquement extragénitales (rectum uniquement, pharynx uniquement, et rectum et pharynx uniquement) chez les hommes est passé de 174 à 1 121.

16

Québec
• Institut national de santé publique
• Ministère de la Santé et des Services sociaux

Diapositive 17

Ampleur de la problématique des ITS au Québec (suite)

- Au total, 586 cas de **syphilis** en phase infectieuse ont été déclarés en 2014
 - Syphilis primaire 29 %
 - Syphilis secondaire 30 %
 - Syphilis latente précoce 41 %
- La presque totalité des cas (94 %) sont des hommes, on compte 33 femmes
- Cette infection touche particulièrement les HARSAH, et des personnes de tous les groupes d'âge

17

Québec 
• Institut national de santé publique
• Ministère de la Santé et des Services sociaux

Diapositive 18

Ampleur de la problématique des ITS au Québec (suite)

Syphilis

- Résurgence de la syphilis en 2002
- Augmentation importante jusqu'en 2012
- Le nombre de cas de syphilis infectieuse s'est stabilisé de 2012 à 2014
- Toutefois on enregistre **plus de 700 cas en 2015¹**

18

¹ Données tirées de l'Infocentre le 27 mai 2016

Québec 
• Institut national de santé publique
• Ministère de la Santé et des Services sociaux
• Ministère de la Santé et des Services sociaux

Diapositive 19

Ampleur de la problématique des ITS au Québec (suite)

Hépatite B

- Taux d'incidence des cas déclarés d'**hépatite B** a diminué de 58 % entre 1994 et 2011
- Depuis 2011, les taux sont stables
- 462 cas d'**hépatite B** aiguë en 1992 à 19 cas en 2014

19

Québec 
• Institut national de santé publique
• Ministère de la Santé et des Services sociaux
• Ministère de la Santé et des Services sociaux

Diapositive 20

Ampleur de la problématique des ITS au Québec (suite)

Hépatite C

- Depuis 1990, un peu plus de 40 000 cas d'hépatite C ont été déclarés au Québec.
- Entre 2005 et 2014, le taux d'incidence des cas déclarés a diminué de 56 %. Le rythme de la diminution semble maintenant ralentir.
- Cette infection est particulièrement fréquente parmi les UDI.

20

Québec 
• Institut national de santé publique
• Ministère de la Santé et des Services sociaux
• Ministère de la Santé et des Services sociaux

Diapositive 21

Ampleur de la problématique des ITS au Québec (suite)

VIH

- En 2014, on rapporte 522 cas de VIH, dont 278 nouvellement diagnostiqués et 228 avec un test antérieur positif
- La moitié des cas sont des HARSAH
- 22,6 % des cas sont reliés à l'origine d'un pays endémique pour le VIH et à la transmission hétérosexuelle du virus,
- 65,5 % des nouveaux diagnostics avait entre 25 et 49 ans
- Nombre de nouveaux cas chez les HARSAH 15-24 ans depuis 2005
- Les UDI sont parmi les personnes les plus touchées par le VHC et par le VIH

21

Québec
• Institut national de santé publique
• Ministère de la Santé et des Services sociaux

Diapositive 22

Ampleur de la problématique des ITS au Québec (suite)

LGV : Recrudescence en 2013, accélération de la progression en 2015

- On recense 62 cas confirmés en 2014, tous sont des HARSAH (à l'exception d'une femme)
- 89 % ont été enregistrés dans la région de Montréal (plus des cas dans 7 autres régions)
- La progression se poursuit → **107 cas déclarés en 2015¹**
- Les hommes gais et autres HARSAH constituent la population la plus touchée par le VIH, la syphilis et la LGV

22

¹ Données tirées de l'Infocentre le 27 mai 2016

Québec
• Institut national de santé publique
• Ministère de la Santé et des Services sociaux
• Ministère de la Santé et des Services sociaux

Diapositive 23

Ampleur de la problématique des ITS au Québec (suite)

COMPLICATIONS

Toutes les ITS peuvent faciliter la transmission du VIH
(en particulier les ITS avec ulcérations génitales)

- Chlamydia et gonorrhée
 - Atteinte inflammatoire pelvienne
 - Grossesse ectopique
 - Infertilité
 - Possibilité de transmission au nouveau-né
 - Prostatite (chlamydia)
 - Infection systémique (ex. gonococcémie, arthrite septique gonococcique)

23

Québec 
• Institut national de santé publique
• Ministère de la Santé et des Services sociaux
• Ministère de la Santé et des Services sociaux

Diapositive 24

Ampleur de la problématique des ITS au Québec (suite)

COMPLICATIONS (suite)

- Syphilis
 - Atteinte cardiaque, osseuse, neurologique
 - Syphilis congénitale
- LGV
 - Obstruction lymphatique
 - Sténoses et fistules anales

24

Québec 
• Institut national de santé publique
• Ministère de la Santé et des Services sociaux
• Ministère de la Santé et des Services sociaux

Diapositive 25

Ampleur de la problématique des ITS au Québec (suite)

- Populations touchées, particulièrement celles en difficulté
 - Femmes
 - Jeunes
 - HARSAH
 - Travailleur(euse)s du sexe et leurs clients
 - Autochtones
 - UDI
 - Personnes originaires de pays endémiques
 - Personnes incarcérées ou l'ayant été
 - Voyageurs (tourisme sexuel)



25

Québec 
• Institut national de santé publique
• Ministère de la Santé et des Services sociaux
• Ministère de la Santé et des Services sociaux

Diapositive 26

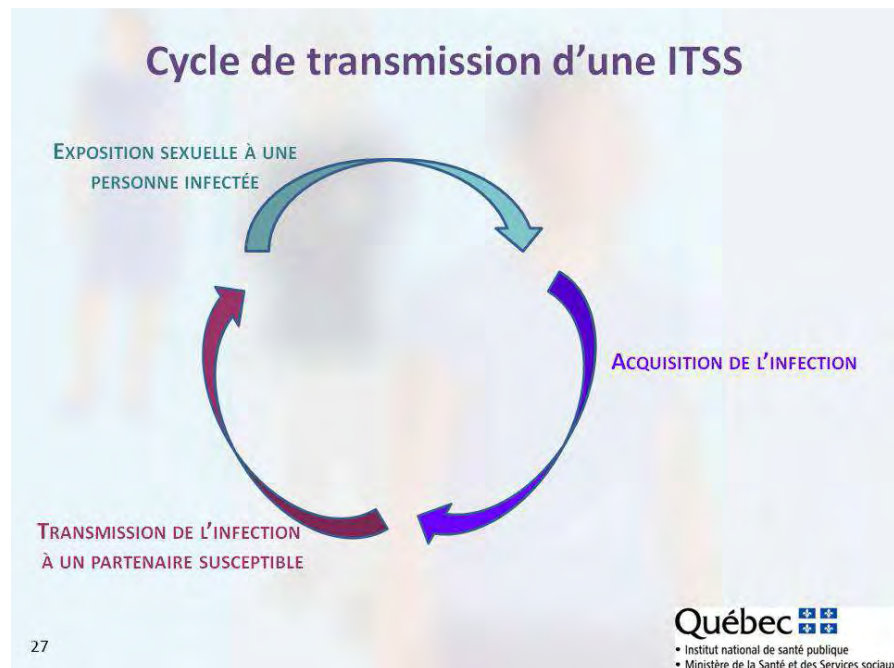
Ampleur de la problématique des ITS dans la région

À être ajouté par la personne
responsable de la région

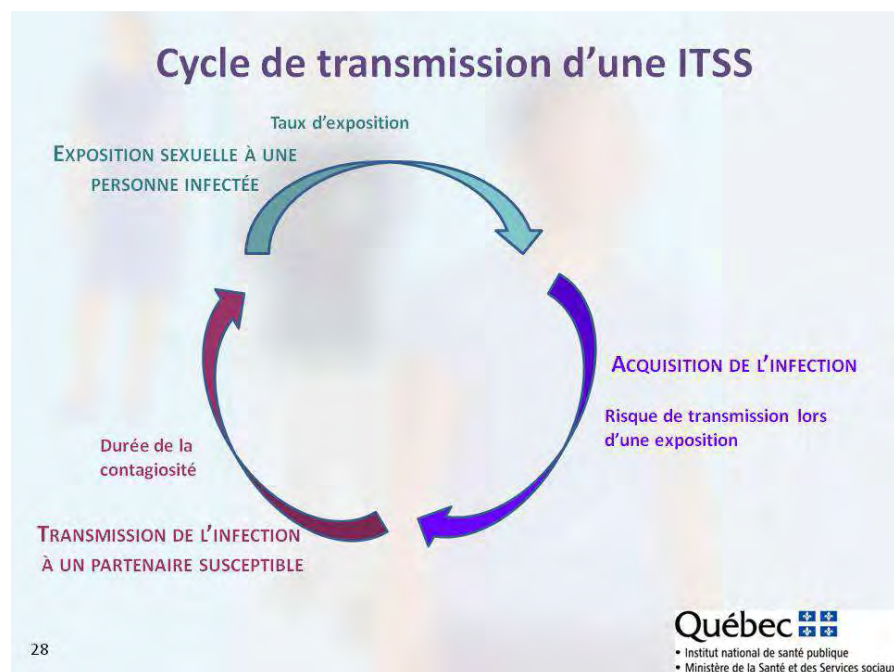
26

Québec 
• Institut national de santé publique
• Ministère de la Santé et des Services sociaux
• Ministère de la Santé et des Services sociaux

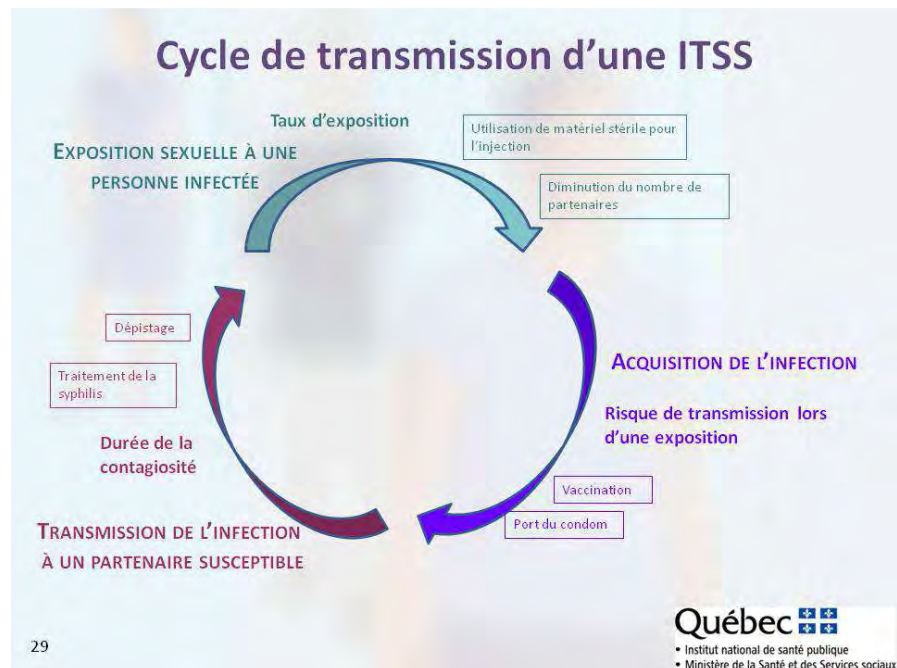
Diapositive 27



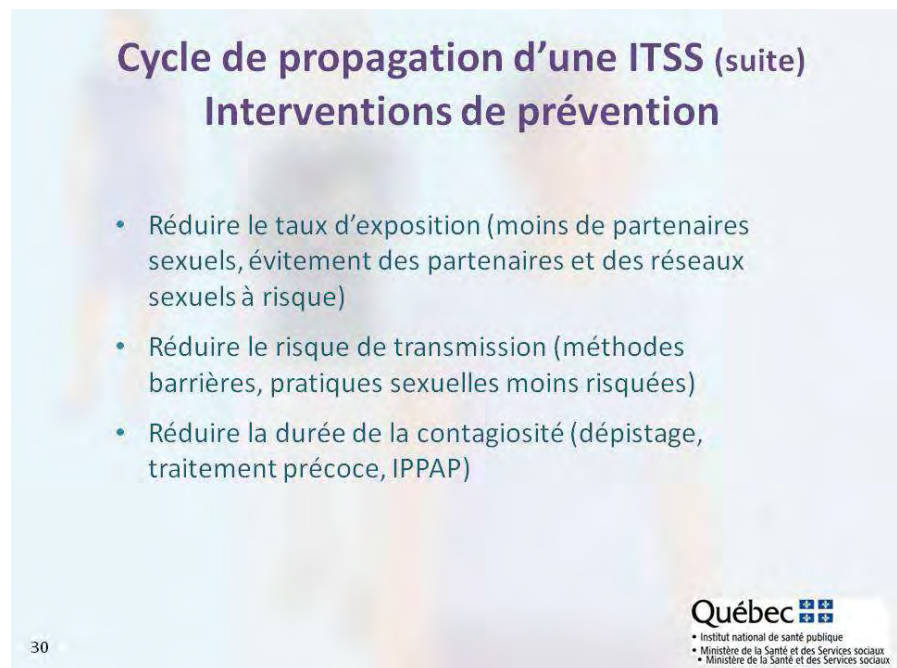
Diapositive 28



Diapositive 29



Diapositive 30



Diapositive 31

Orientations ministérielles en matière de lutte aux ITSS et les liens avec l'IPPAP

- Renforcer le potentiel des personnes
- **Soutenir les groupes vulnérables**
- **Encourager le recours aux pratiques préventives efficaces**
- Mettre sur pied des mesures particulières de prévention

L'IPPAP est une activité retenue dans le *Programme national de santé publique 2003-2012*

31

Québec 
• Institut national de santé publique
• Ministère de la Santé et des Services sociaux
• Ministère de la Santé et des Services sociaux

Diapositive 32

Orientations ministérielles en matière de lutte aux ITSS et les liens avec l'IPPAP (suite)

- Soutenir le développement des communautés
- **Voir à une prise en charge adéquate des personnes infectées**
- Participer aux actions intersectorielles favorisant la santé et le bien-être
- Consolider la surveillance et la vigie ainsi que les fonctions de soutien

32

Québec 
• Institut national de santé publique
• Ministère de la Santé et des Services sociaux
• Ministère de la Santé et des Services sociaux

Diapositive 33

Illustration des orientations ministérielles en lien avec l'IPPAP

À la suite d'un dépistage, par exemple, chez un jeune en difficulté, les résultats des tests sont revenus positifs :

- Visite de suivi avec l'infirmière qui a demandé les tests et poursuite de la réalisation d'interventions préventives démontrées efficaces
- Référence pour la prise en charge de la personne infectée et traitement (ou ordonnance collective si en vigueur)
- Intervention préventive et suivi auprès des partenaires de la personne infectée

* Dans le cas d'une MADO et d'un cas prioritaire, il peut y avoir une offre de service de la DSP ou de ses mandataires

33

Québec 
• Institut national de santé publique
• Ministère de la Santé et des Services sociaux
• Ministère de la Santé et des Services sociaux

Diapositive 34

Pourquoi avoir recours à l'IPPAP

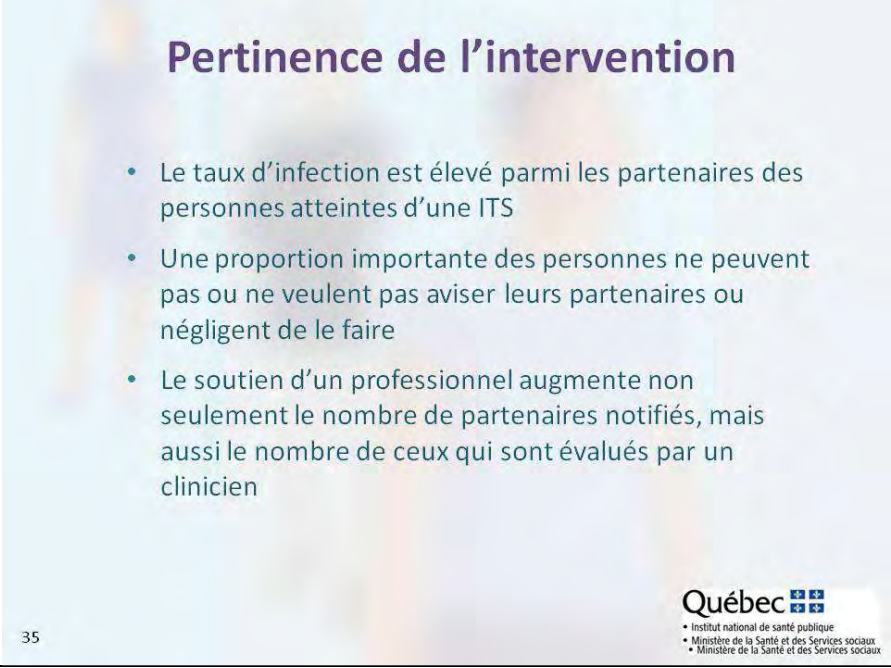
D'après vous ?

- Éviter la réinfection du patient par un partenaire infecté non-traité
- Interrompre la chaîne de transmission de l'infection
- Prévenir l'apparition de complications liées à une infection non traitée

34

Québec 
• Institut national de santé publique
• Ministère de la Santé et des Services sociaux
• Ministère de la Santé et des Services sociaux

Diapositive 35



Pertinence de l'intervention

- Le taux d'infection est élevé parmi les partenaires des personnes atteintes d'une ITS
- Une proportion importante des personnes ne peuvent pas ou ne veulent pas aviser leurs partenaires ou négligent de le faire
- 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

35

Québec 
• Institut national de santé publique
• Ministère de la Santé et des Services sociaux
• Ministère de la Santé et des Services sociaux

Diapositive 36



Les acteurs

- Le médecin traitant
- Les infirmières et les infirmiers
- Le directeur de santé publique et ses mandataires
- Le cas-index
- Le ou les partenaires
- Les intervenants psychosociaux
- Les pharmaciens

36

Québec 
• Institut national de santé publique
• Ministère de la Santé et des Services sociaux
• Ministère de la Santé et des Services sociaux

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE

- La lutte contre les infections transmissibles sexuellement et par le sang au Québec : documents d'orientation, Guide d'intervention ITS-MADO, annexe 1, p. 130, édition 2014, MSSS
- Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec : Année 2012 et projections 2013 – Sommaire
- Historique de la lutte contre les infections transmissibles sexuellement et par le sang au Québec, Guide d'intervention ITS-MADO, annexe 2, p. 134, édition 2014, MSSS

La lutte contre les ITSS au Québec : documents d'orientation¹

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 sociaux²

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.

¹ La lutte contre les infections transmissibles sexuellement et par le sang au Québec : documents d'orientation, Guide d'intervention ITS-MADO, annexe 1, p. 130, édition 2014, MSSS

² 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].
[\[http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/fb143c75e0c27b69852566aa0064b01c/56cbeb2d0d1930c8852577d7006761b7?OpenDocument\]](http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/fb143c75e0c27b69852566aa0064b01c/56cbeb2d0d1930c8852577d7006761b7?OpenDocument).

Loi sur la santé publique et règlements d'application³

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 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 2008⁴

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).

³. QUÉBEC. *Loi sur la santé publique, chapitre S-2.2, à jour au 1^{er} avril 2013*, [Québec], Éditeur officiel du Québec, [En ligne],

[\[http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S_2_2/S2_2.html\]](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].

[\[http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=3&file=/S_2_2/S2_2R1.HTM\]](http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=3&file=/S_2_2/S2_2R1.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].

[\[http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=3&file=/S_2_2/S2_2R2.HTM\]](http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=3&file=/S_2_2/S2_2R2.HTM).

⁴. 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]. [\[http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/0/f83b3d7956d513758525743c0068adff\]](http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/0/f83b3d7956d513758525743c0068adff).

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 ;
- 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 :
 - o chez les femmes âgées de 15 à 24 ans,
 - o chez les enfants âgés de moins d'un an (infections oculaires, pulmonaires et génitales) ;
- réduire l'incidence des infections gonococciques, en particulier :
 - o chez les enfants de moins d'un an,
 - o chez les femmes âgées de 15 à 24 ans,
 - o 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 :
 - o chez les HARSAH,
 - o 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 2003-2009⁵

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 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 sang⁶

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.

⁵. 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].
[\[http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/0/4d1e72b4476da39c85256def00547c26?OpenDocument&Highlight=0_2edq74obkg9imip8\]](http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/0/4d1e72b4476da39c85256def00547c26?OpenDocument&Highlight=0_2edq74obkg9imip8).

⁶. 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].
[\[http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/961885cb24e4e9fd85256b1e00641a29/b61878f3a23060658525772900418b4e?OpenDocument\]](http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/961885cb24e4e9fd85256b1e00641a29/b61878f3a23060658525772900418b4e?OpenDocument).

Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec : Année 2012 et projections 2013 – Sommaire ⁷

Le *Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec* fait état de la situation épidémiologique de l'infection génitale à *Chlamydia trachomatis*, de l'infection gonococcique, de la syphilis infectieuse, de la lymphogranulomatose vénérienne, de l'hépatite B, de l'hépatite C et de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Il s'adresse aux professionnels de la santé, aux associations, aux intervenants, aux groupes communautaires et aux individus engagés, de près ou de loin, dans la lutte contre les ITSS. Il vise à fournir de l'information sur l'émergence, l'ampleur ainsi que la progression de ces infections et de leurs déterminants afin d'orienter les interventions et la planification des ressources nécessaires.

Avec plus de 25 000 cas déclarés en 2012, les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) représentent 72 % de l'ensemble des infections recensées dans le fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO).

Certaines situations méritent une attention particulière :

- l'augmentation constante des ITSS chez les jeunes de 15 à 24 ans, particulièrement les jeunes hommes, qui ne se limite pas à l'infection à *Chlamydia trachomatis* et à l'infection gonococcique mais concerne aussi la syphilis infectieuse et l'infection par le VIH;
- le défi posé par la résistance du gonocoque aux antibiotiques utilisés pour le traitement de cette infection;
- l'extension de l'épidémie de syphilis infectieuse, initialement concentrée dans la région de Montréal, mais qui touche maintenant la plupart des régions du Québec;
- la persistance de plusieurs cas de lymphogranulomatose vénérienne déclarés chaque année au Québec depuis l'émergence de cette infection en 2005 et la recrudescence qui s'observe depuis le printemps 2013;
- le nombre toujours grandissant de personnes vivant avec le VIH et la persistance de la transmission du VIH au sein de diverses populations, particulièrement celle que forment les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH).

Infection génitale à *Chlamydia trachomatis*

- L'infection génitale à *Chlamydia trachomatis* demeure, et de loin, la plus fréquente des ITSS à déclaration obligatoire, avec 20 150 cas déclarés en 2012 (taux de 251,6 pour 100 000 personnes). L'incidence des cas déclarés a augmenté de 30 % entre 2008 et 2012.
- Les femmes représentent 67 % des cas.
- Au cours des cinq dernières années, Le taux d'incidence a augmenté de 26 % chez les femmes et de 39 % chez les hommes. La hausse s'observe dans tous les groupes d'âge.

⁷ Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec : Année 2012 et projections 2013 – Sommaire

Infection gonococcique

- En 2012, 2 230 cas ont été déclarés (taux de 27,8 pour 100 000 personnes).
- Les hommes représentent 64 % des cas et les jeunes de 20 à 24 ans ont le taux d'incidence le plus élevé, soit 132,9 pour 100 000.

Pour ce qui est des cas féminins, les taux chez les filles qui sont âgées de 15 à 24 ans est de 95,7 pour 100 000, soit dix fois plus que le taux établi pour l'ensemble des femmes des autres groupes d'âge.

Globalement, l'incidence des cas déclarés d'infection gonococcique a crû de 30 % entre 2008 et 2012, tant chez les hommes que chez les femmes. La hausse a été de 17 % entre 2011 et 2012 (19 % chez les hommes et 14 % chez les femmes).

Syphilis infectieuse

- Au total, 680 cas de syphilis en phase infectieuse ont été déclarés en 2012, pour un taux de 8,5 pour 100 000 personnes.
- La presque totalité des cas (95 %) concerne des hommes. Le taux d'incidence a augmenté de 68 % entre 2008 et 2012, particulièrement chez les jeunes de 15 à 24 ans. Cette infection touche particulièrement les HARSAH.
- On compte 28 femmes, dont 27 ont entre 15 et 49 ans et sont donc en âge de procréer. Un cas de syphilis congénitale a d'ailleurs été déclaré en 2012.
- En 2008, seulement trois régions comptaient plus de 20 cas de syphilis infectieuse. En 2012, ces trois régions recensent plus de 60 cas chacune et six autres régions en comptent entre 13 et 32 chacune.

Lymphogranulomatose vénérienne

- On recense 9 cas confirmés en 2012, tous sont des HARSAH. Entre 2008 et 2012, le nombre de cas a fluctué entre 2 (2009) et 13 (2011) par année, pour une moyenne de 9 cas annuellement.
- Depuis l'été 2013, une augmentation importante du nombre de cas déclarés s'observe. En effet, 31 cas ont déjà été déclarés au 31 octobre 2013, ce qui constitue une augmentation importante par rapport aux années précédentes.

Hépatite B

- Moins de 1 000 cas (925) d'hépatite B ont été déclarés en 2012 ce qui correspond à un taux de 11,5 pour 100 000 personnes (13,8 pour 100 000 chez les hommes et 9,8 pour 100 000 chez les femmes).
- Entre 2008 et 2012, le taux d'incidence a diminué de 10 %. L'incidence de cette infection a diminué de 56 % depuis l'introduction du programme de vaccination en milieu scolaire en 1994.

Hépatite C

- Depuis 1990, un peu plus de 37 000 cas d'hépatite C ont été déclarés au Québec. Cette infection est particulièrement fréquente parmi les usagers de drogues par injection. Entre 2000, où un pic d'incidence avait été observé, et 2012, le taux d'incidence des cas déclarés a diminué de 67 %. Le rythme de la diminution semble maintenant ralentir.

- Dans l'ensemble, 1 304 cas d'hépatite C (incluant les cas aigus et non précisés) ont été déclarés en 2012 (taux de 16,3 pour 100 000 personnes). Les hommes représentent 63 % des cas.

VIH

- Depuis 2002, le Programme de surveillance de l'infection par le VIH fournit des données sur la fréquence de l'infection et les catégories d'exposition des cas confirmés d'infection par le VIH au LSPQ.
- En 2012, 319 nouveaux diagnostics d'infection par le VIH ont été enregistrés.
- Les hommes représentent 83 % des nouveaux diagnostics, 14 % ont entre 15 et 24 ans, 31 % ont entre 25 et 34 ans, 23 % sont âgés de 35 à 44 ans et 32 % ont 45 ans ou plus.
- Quant aux cas féminins de nouveaux diagnostics (55), 14 % sont âgées de 15 à 24 ans, 25 % ont entre 25 et 34 ans, 27 % sont âgées de 35 à 44 ans et 27 % ont 45 ans ou plus.
- Les HARSAH représentent 61 % des nouveaux diagnostics et 74 % de ceux qui concernent les hommes, la proportion s'élevant à 77 % si l'on inclut les HARSAH qui sont aussi UDI.
- Une tendance à la hausse du nombre de nouveaux diagnostics se dégagerait pour les HARSAH de 15 à 24 ans. Il s'agit de petits nombres et la hausse semble s'amorcer seulement depuis 2009-2010, aussi la prudence s'impose dans l'interprétation des résultats
- Les personnes originaires d'un pays où l'infection par le VIH est endémique représentent 17 % des nouveaux diagnostics et 49 % de ceux qui se rapportent aux femmes. Il s'agit de la catégorie d'exposition la plus fréquente pour ces dernières.
- Les UDI représentent 4,4 % des nouveaux diagnostics enregistrés en 2012 (2,7 % chez les hommes et 13 % chez les femmes).

Populations particulièrement touchées

Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes

Le portrait de l'année 2012 met l'accent sur la problématique des ITSS chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH) et inclut des données sur la prévalence de certaines ITSS et de certains comportements associés aux ITSS provenant de quatre études : l'enquête ARGUS, le projet SPOT, l'étude « Appel aux hommes », et l'étude « Sexe au Présent ».

L'enquête ARGUS porte sur l'infection par le VIH, les hépatites virales et les infections transmissibles sexuellement (ITS) ainsi que sur les comportements à risque qui leur sont associés chez les HARSAH. Les principaux résultats sont présentés dans le portrait. Notons ici un aspect encourageant des résultats soit que la proportion des répondants de l'étude ARGUS ayant passé un test de détection du VIH au cours des douze derniers a nettement augmenté en 2008-2009 par rapport à 2005 (59 %, contre 46 %). Par ailleurs, un élément préoccupant est la persistance des comportements à risque : par exemple, selon cette étude, un HARSAH non infecté par le VIH sur trois (32 %) et un HARSAH se sachant infecté sur deux (49 %) a eu, une fois ou plus au cours des six derniers mois, une relation anale non protégée par un condom avec un partenaire d'un soir ou un partenaire dont le statut concernant le VIH était différent du sien (ou de statut inconnu). Un même niveau de cette prise de risque a été rapporté récemment par les participants d'autres études.

SPOT est un projet de recherche et d'intervention multidisciplinaire qui offre un test de dépistage du VIH gratuit et anonyme, aux hommes gais et aux autres HARSAH vivant dans la région de

Montréal. L'analyse des résultats a mis en évidence des différences entre les jeunes HARSAH de 18 à 29 ans et ceux de 30 ans et plus notamment au niveau des comportements sexuels et au niveau des attitudes concernant le VIH et la prévention. Si des comportements à risque de transmission de l'infection par le VIH ou d'autres ITSS se retrouvent dans les deux groupes, des différences s'observent en lien avec les lieux de rencontres et la consommation de drogues et d'alcool. D'une façon générale, près de la moitié (46,2 %) des répondants du projet SPOT se croient « pas du tout, très peu ou peu à risque » d'être infecté par le VIH.

Certains résultats de deux études canadiennes sont aussi présentés dans le portrait :

- En 2011-2012, « Appel aux hommes » a procédé à une recherche canadienne transversale auprès d'HARSAH, par une entrevue téléphonique à l'aide d'une ligne sans frais, pour collecter de l'information sur une large gamme d'attitudes ou de comportements individuels ainsi que sur des enjeux et des déterminants sociaux connexes.
- L'étude « Sexe au présent » est une enquête transversale canadienne menée par le Community Based Research Center sur les déterminants sociaux de la santé des hommes gais et bisexuels. La dernière collecte de données a eu lieu entre septembre 2011 et février 2012.
- La proportion de répondants du Québec pour l'Étude Appel aux hommes et Sexe au présent était respectivement de 26 % et 12 % et plusieurs répondants habitaient des régions semi-urbaines ou rurales.

Le portrait met en évidence trois grands constats sur la problématique des ITSS chez les HARSAH :

- Les données de surveillance des maladies à déclaration obligatoire et du Programme de surveillance de l'infection par le VIH nous indiquent, que, au Québec comme dans plusieurs autres régions ou pays, les hommes gais et autres HARSAH constituent la population la plus touchée par l'infection au VIH, la syphilis et la lymphogranulomatose vénérienne ; en outre, ils représentent une proportion très importante des cas d'infection gonococcique.
- Les données issues de diverses études indiquent que, même si des stratégies de prévention sont utilisées par les HARSAH, la persistance de comportements à risque et la sous-estimation du risque demeurent préoccupantes.
- La proportion des HARSAH vivant avec le VIH qui reçoivent un diagnostic pour d'autres ITSS met en lumière la nécessité de proposer des interventions adaptées à cette population afin de réduire à la fois les conséquences possibles de telles infections sur la santé de ces hommes et les risques de transmission.

L'utilisation du condom demeure une stratégie de prévention simple et efficace pour prévenir tant l'infection par le VIH que les autres ITS. Toutefois, les données issues des études démontrent que l'utilisation du condom chez les HARSAH n'est ni universelle ni systématique. Il est urgent non seulement d'intensifier les efforts de prévention, mais aussi d'élargir et d'adapter la gamme des stratégies actuelles visant la prévention du VIH ou des autres ITSS aux réalités ainsi qu'aux pratiques diverses des hommes gais et des autres HARSAH.

Autres populations touchées

Si le présent portrait se concentre sur la population des HARSAH, il contient néanmoins une brève revue des données relatives aux autres populations : jeunes âgés de 15 à 24 ans, jeunes en difficultés, personnes consommant des drogues par injection, Québécois originaires de régions où le VIH est fortement endémique, autochtones et travailleurs et travailleuses du sexe. Le lecteur est invité à consulter le Portrait 2012 pour des données détaillées, les références et la bibliographie.

Historique de la lutte contre les infections transmissibles sexuellement et par le sang au Québec⁸

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

⁸. 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.

par le gouvernement fédéral. Collaboration du 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 antivénéériens.
- 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 contagieuses⁹.

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.

⁹. F. Guérard, *Histoire de la santé au Québec*, Montréal, Éditions du Boréal, coll. « Boréal Express », 1996, p. 48.

- 1943-1946 Participation active des unités sanitaires. Recyclage des officiers médicaux des unités sanitaires (1943 et 1946). Début des enquêtes 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 :
 - o la protection de la famille par des analyses prénuptiales et prénatales ;
 - o 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 ;
 - o la substitution d'un traitement plus humain à la « cure d'incarcération » des femmes atteintes de maladies vénériennes ;
 - o la diffusion de l'information sur les maladies vénériennes dans les écoles supérieures et les cercles de jeunes ;
 - o 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 liées¹⁰. »

- 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

¹⁰. F. Guérard, *Histoire de la santé au Québec*, Montréal, Éditions du Boréal, coll. « Boréal Express », 1996, p. 48.

- conseils régionaux de la santé et des 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.
- 1997-2011 *Consolidation d'un programme de santé publique*

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.

Module 2.

L'IPPAP : COMPOSANTES DE L'INTERVENTION

MODULE 2 – L’IPPAP : COMPOSANTES DE L’INTERVENTION

FICHE PÉDAGOGIQUE

MODULE 2 – L’IPPAP : COMPOSANTES DE L’INTERVENTION

Objectifs généraux :

- Présenter les approches préconisées, l’intervention préventive et ses modalités d’application
- Outiller les professionnels pour la réalisation de l’intervention préventive

Objectifs spécifiques :

- Identifier les cas prioritaires et appliquer les différentes modalités d’intervention à la suite du diagnostic d’une ITS-MADO
- Décrire les différents volets de l’intervention préventive
- Identifier les approches préconisées
- Mener une entrevue en offrant un counseling personnalisé au cas-index et aux partenaires
- Soutenir le clinicien dans la démarche d’intervention préventive
- Utiliser différents outils facilitant la démarche d’intervention préventive

Éléments de contenu :

- Les cas prioritaires
- Les 2 approches : l’approche négociée et l’approche passive
- Les modalités d’intervention sous forme d’algorithmes
- Les volets de l’intervention préventive
- L’entrevue auprès du cas-index
- Les outils de sensibilisation et de promotion

Méthodes pédagogiques :

- Exposé magistral
- Jeux de rôles
- Mises en situation en sous-groupes
- Discussion et échange en plénière avec l’animateur
- Pratiques d’entrevues

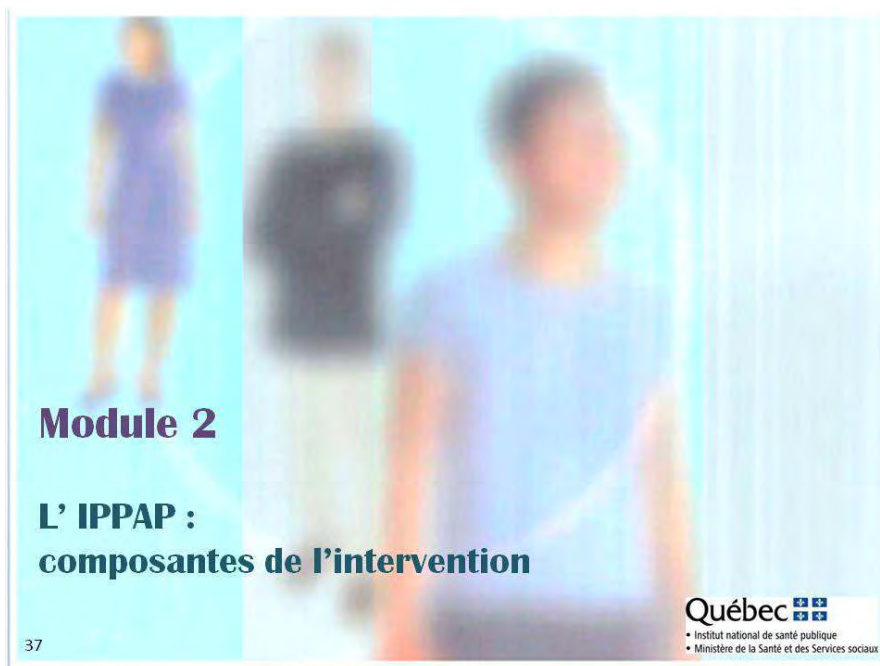
Durée : 2h15min

Matériel d’accompagnement :

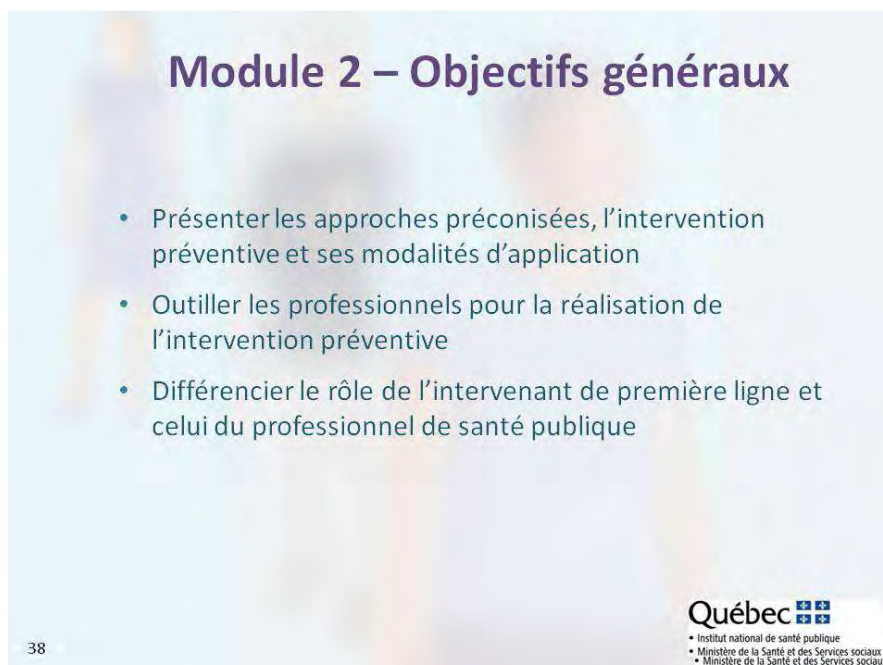
- Guide ITS-MADO, 2014 MSSS

PRÉSENTATION POWER POINT

Diapositive 37



Diapositive 38



Diapositive 39

Module 2 – Objectifs spécifiques

À la fin de ce module, le participant sera en mesure de :

- Identifier les situations prioritaires et les approches préconisées
- Décrire les différents volets de l'intervention préventive
- Mener une entrevue en offrant un counseling personnalisé
- Utiliser différents outils facilitant la démarche d'intervention préventive

39

Québec 
• Institut national de santé publique
• Ministère de la Santé et des Services sociaux
• Ministère de la Santé et des Services sociaux

Diapositive 40

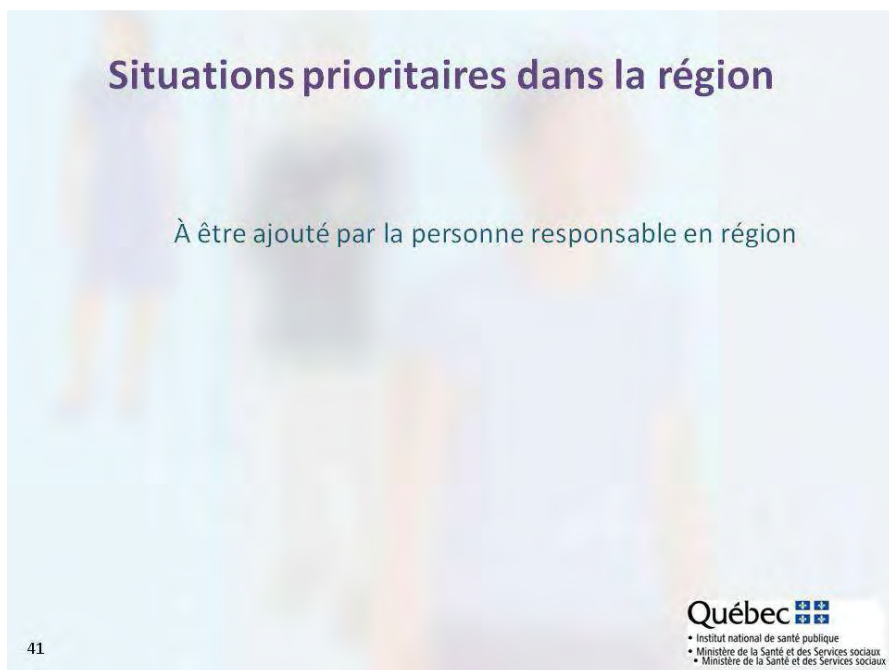
Les situations prioritaires

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.

40

Québec 
• Institut national de santé publique
• Ministère de la Santé et des Services sociaux
• Ministère de la Santé et des Services sociaux

Diapositive 41



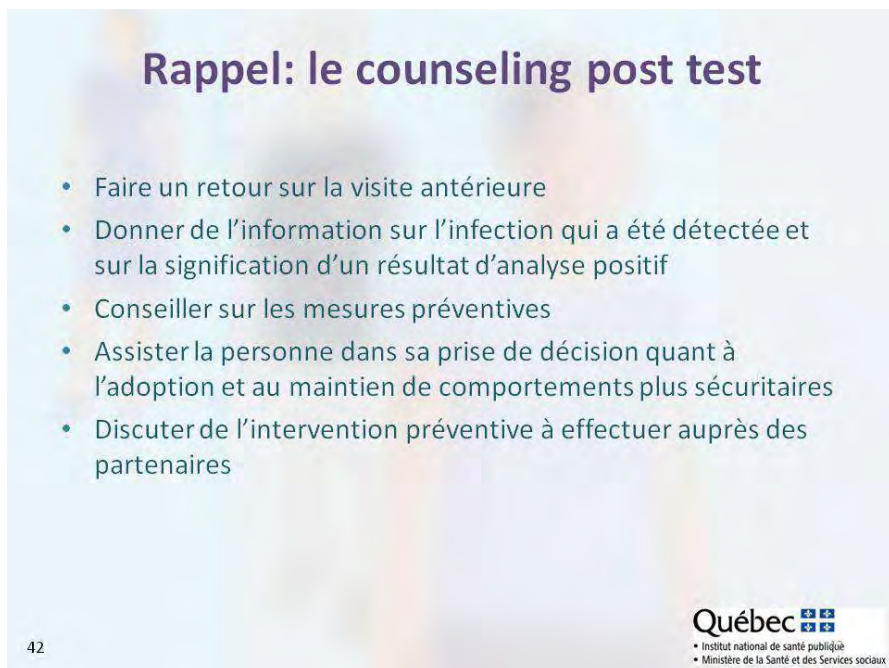
Situations prioritaires dans la région

À être ajouté par la personne responsable en région

41

Québec 
• Institut national de santé publique
• Ministère de la Santé et des Services sociaux
• Ministère de la Santé et des Services sociaux

Diapositive 42



Rappel: le counseling post test

- Faire un retour sur la visite antérieure
- Donner de l'information sur l'infection qui a été détectée et sur la signification d'un résultat d'analyse positif
- Conseiller sur les mesures préventives
- Assister la personne dans sa prise de décision quant à l'adoption et au maintien de comportements plus sécuritaires
- Discuter de l'intervention préventive à effectuer auprès des partenaires

42

Québec 
• Institut national de santé publique
• Ministère de la Santé et des Services sociaux
• Ministère de la Santé et des Services sociaux

Diapositive 43

Cas clinique

Jérôme, 25 ans, vient pour chercher les résultats des tests qu'il a passés avec vous. Il présente une chlamydia génitale.

1. Quelles informations lui donnez-vous?
2. Quelles questions lui posez-vous à propos de ses partenaires?
3. Quels conseils pouvez-vous lui donner pour l'aider dans sa démarche auprès de ses partenaires?

Québec 
• Institut national de santé publique
• Ministère de la Santé et des Services sociaux

43

Diapositive 44

Cas clinique (suite)

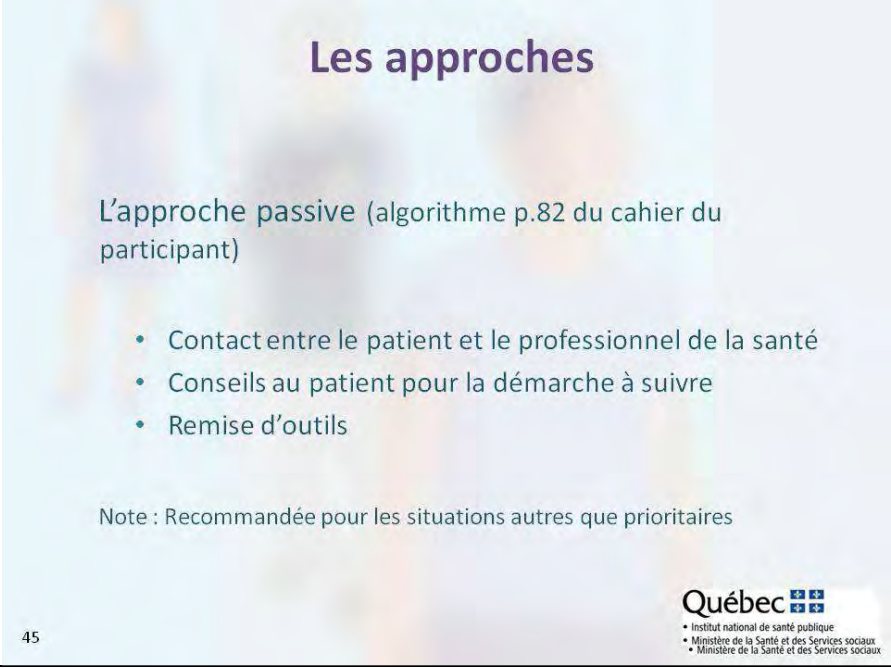
Et si Jérôme avait présenté une syphilis...

1. Quelles informations lui donnez-vous?
2. Quelles questions lui posez-vous à propos de ses partenaires?
3. Qui va faire l'intervention?

Québec 
• Institut national de santé publique
• Ministère de la Santé et des Services sociaux

44

Diapositive 45



Les approches

L'approche passive (algorithme p.82 du cahier du participant)

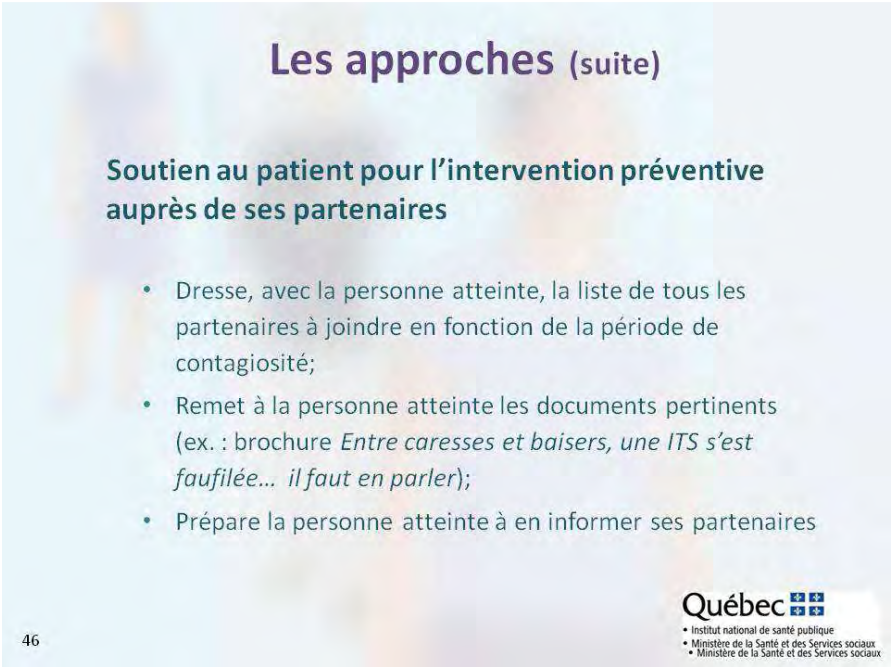
- Contact entre le patient et le professionnel de la santé
- Conseils au patient pour la démarche à suivre
- Remise d'outils

Note : Recommandée pour les situations autres que prioritaires

45

Québec 
• Institut national de santé publique
• Ministère de la Santé et des Services sociaux
• Ministère de la Santé et des Services sociaux

Diapositive 46



Les approches (suite)

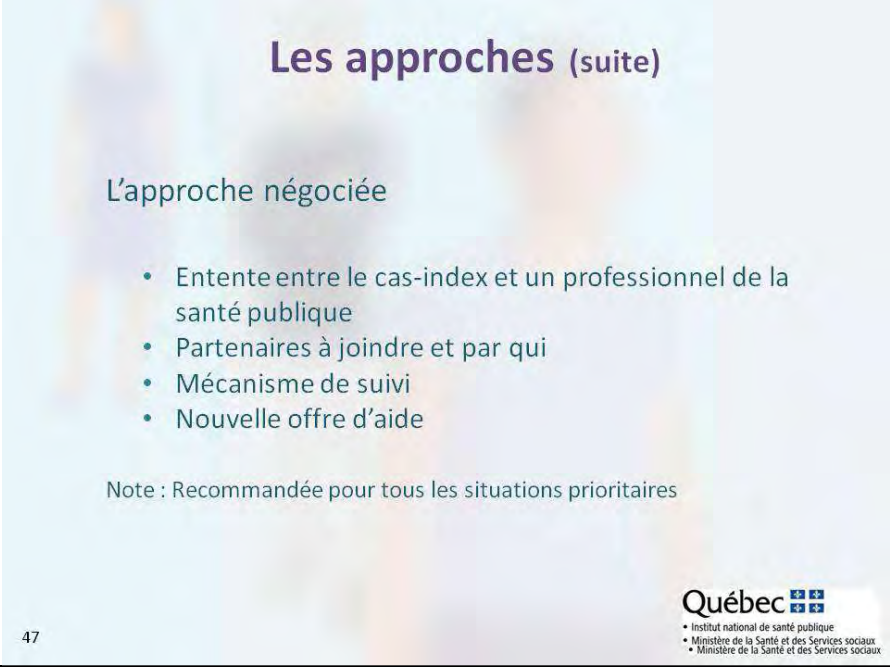
Soutien au patient pour l'intervention préventive auprès de ses partenaires

- Dresse, avec la personne atteinte, la liste de tous les partenaires à joindre en fonction de la période de contagiosité;
- Remet à la personne atteinte les documents pertinents (ex. : brochure *Entre caresses et baisers, une ITS s'est faufilée... il faut en parler*);
- Prépare la personne atteinte à en informer ses partenaires

46

Québec 
• Institut national de santé publique
• Ministère de la Santé et des Services sociaux
• Ministère de la Santé et des Services sociaux

Diapositive 47



Les approches (suite)

L'approche négociée

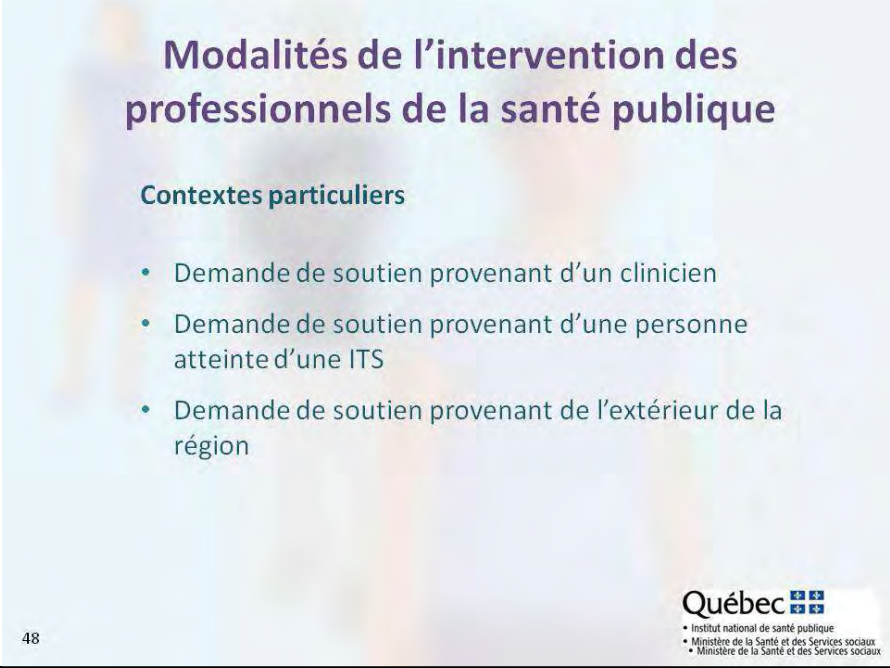
- Entente entre le cas-index et un professionnel de la santé publique
- Partenaires à joindre et par qui
- Mécanisme de suivi
- Nouvelle offre d'aide

Note : Recommandée pour tous les situations prioritaires

47

Québec 
• Institut national de santé publique
• Ministère de la Santé et des Services sociaux
• Ministère de la Santé et des Services sociaux

Diapositive 48



Modalités de l'intervention des professionnels de la santé publique

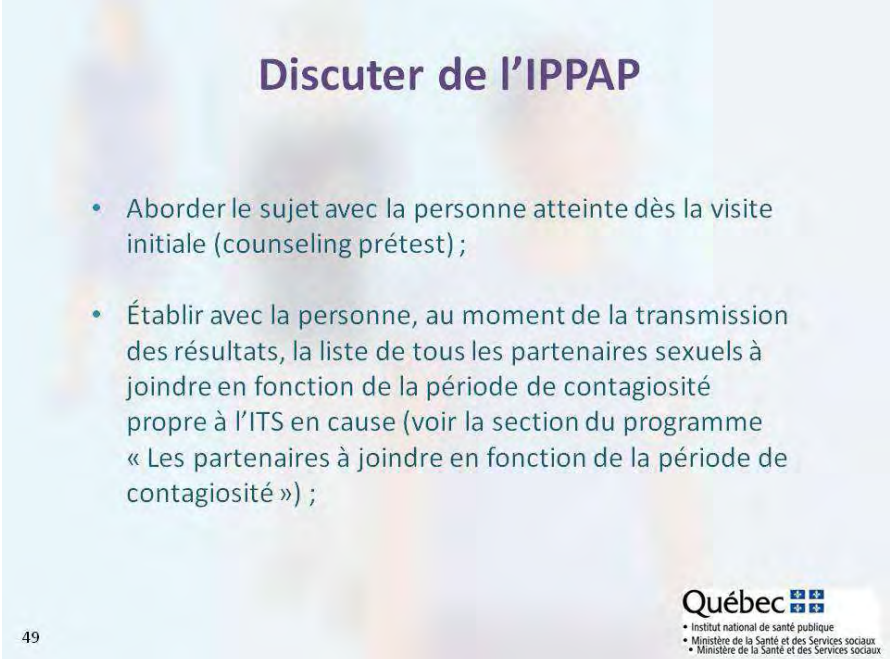
Contextes particuliers

- Demande de soutien provenant d'un clinicien
- Demande de soutien provenant d'une personne atteinte d'une ITS
- Demande de soutien provenant de l'extérieur de la région

48

Québec 
• Institut national de santé publique
• Ministère de la Santé et des Services sociaux
• Ministère de la Santé et des Services sociaux

Diapositive 49



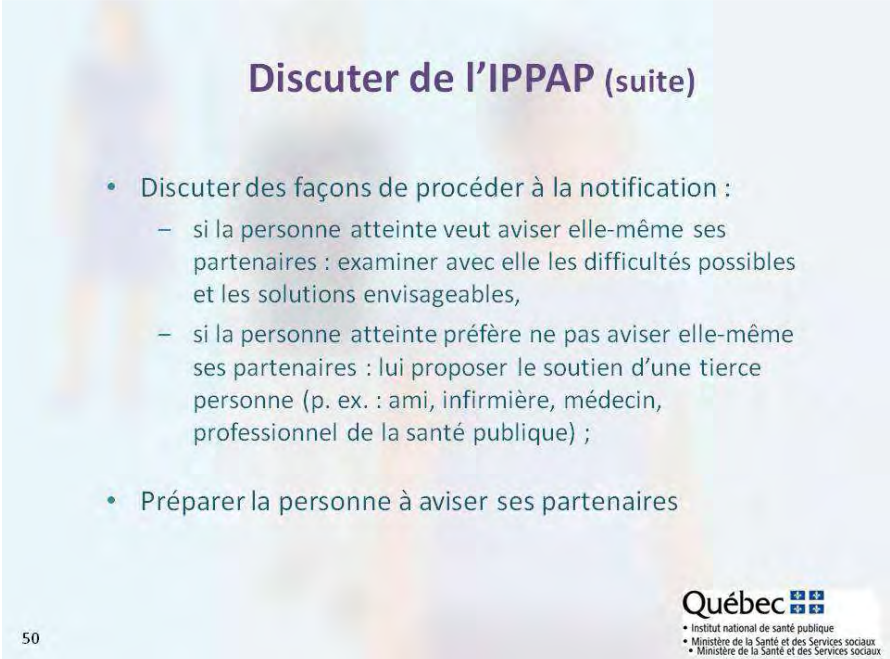
Discuter de l'IPPAP

- Aborder le sujet avec la personne atteinte dès la visite initiale (counseling prétest) ;
- Établir avec la personne, au moment de la transmission des résultats, la liste de tous les partenaires sexuels à joindre en fonction de la période de contagiosité propre à l'ITS en cause (voir la section du programme « Les partenaires à joindre en fonction de la période de contagiosité ») ;

49

Québec 
• Institut national de santé publique
• Ministère de la Santé et des Services sociaux
• Ministère de la Santé et des Services sociaux

Diapositive 50



Discuter de l'IPPAP (suite)

- Discuter des façons de procéder à la notification :
 - si la personne atteinte veut aviser elle-même ses partenaires : examiner avec elle les difficultés possibles et les solutions envisageables,
 - si la personne atteinte préfère ne pas aviser elle-même ses partenaires : lui proposer le soutien d'une tierce personne (p. ex. : ami, infirmière, médecin, professionnel de la santé publique) ;
- Préparer la personne à aviser ses partenaires

50

Québec 
• Institut national de santé publique
• Ministère de la Santé et des Services sociaux
• Ministère de la Santé et des Services sociaux

Diapositive 51

Discuter de l'IPPAP (suite)

- Diriger la personne atteinte vers un professionnel de la santé publique, au besoin ;
- Faire un suivi auprès de la personne atteinte afin de s'assurer que ses partenaires ont effectivement été avisés, si le clinicien le juge à propos ;
- Offrir d'évaluer et de traiter les partenaires ou indiquer quels sont les services disponibles dans la région pour l'évaluation et le traitement des partenaires

51

Québec 
• Institut national de santé publique
• Ministère de la Santé et des Services sociaux

Diapositive 52

Pour les situations nécessitant une intervention plus soutenue (situation prioritaire), le rôle du clinicien consiste à :

- Aviser la personne atteinte qu'elle pourrait être contactée par un professionnel mandaté par la santé publique ;
- Si l'intervention est réalisée dans son milieu clinique (selon une entente entre le clinicien et la direction de santé publique), identifier avec la personne atteinte les partenaires qu'elle n'est pas en mesure de joindre elle-même, effectuer la notification et l'intervention préventive auprès de ces partenaires (ou voir à ce qu'elles soient effectuées par un professionnel de son équipe) et faire le suivi de la démarche de notification pour s'assurer que tous les partenaires ont été rejoints.

52

Québec 
• Institut national de santé publique
• Ministère de la Santé et des Services sociaux

Diapositive 53

Pour les situations nécessitant une intervention plus soutenue (situation prioritaire), le rôle du professionnel mandaté par la santé publique consiste à :

- réaliser une intervention préventive auprès de la personne atteinte dans les situations considérées comme prioritaires par la direction de santé publique ou à la suite de la demande du clinicien ;
- joindre tous les partenaires ou certains d'entre eux selon l'entente établie avec la personne atteinte ;
- diriger les partenaires vers les ressources appropriées et effectuer un suivi si nécessaire.

53

Québec 
• Institut national de santé publique
• Ministère de la Santé et des Services sociaux

Diapositive 54

Quelques techniques d'entrevue

- Être sensible à la communication verbale et non verbale
- Utiliser les questions ouvertes
- Formuler des messages brefs
- Mettre l'accent sur les points prioritaires
- Utiliser un langage adapté
- Technique d'entretien motivationnel
ref : www.entretienmotivationnel.org

54

Québec 
• Institut national de santé publique
• Ministère de la Santé et des Services sociaux
• Ministère de la Santé et des Services sociaux

Diapositive 55

Outils de sensibilisation et de promotion

- « *Les partenaires sexuels, il faut s'en occuper!* » Outil IPPAP pour les cliniciens (site Internet du MSSS)
- Tableau de période de contagiosité selon l'infection. (p. 90 du cahier du participant)
- Brochure: « *Entre caresses et baisers, une ITS s'est faufilée...Il faut en parler* » incluant un modèle de carte de notification et le guide d'utilisation pour le clinicien. (p. 88 du cahier du participant)
- Liste d'outils disponibles sur internet. (p. 86 du cahier du participant)

55

Québec 
• Institut national de santé publique
• Ministère de la Santé et des Services sociaux
• Ministère de la Santé et des Services sociaux

Diapositive 56

Moyens de communications

- Le numéro de téléphone et l'adresse postale demeurent de bons moyens pour joindre les partenaires
- La notification en personne et au téléphone par le clinicien ou le professionnel de santé publique est une stratégie efficace et appréciée. Combinée à l'utilisation d'une carte de notification, c'est la stratégie qui offre les meilleurs résultats.
- Les courriels, messages-textes et médias sociaux présentent des avantages mais il existe peu de données sur leur efficacité.
- Les courriels peuvent avoir des avantages en terme de rapidité. Ils peuvent aussi servir à joindre les partenaires dont les seules informations sont une adresse courriel (HARSAH fréquentant les sites de rencontre).

56

Québec 
• Institut national de santé publique
• Ministère de la Santé et des Services sociaux
• Ministère de la Santé et des Services sociaux

Diapositive 57

Moyens de communications

- Il faut cependant tenir compte de la crédibilité du message et il doit être accompagné d'informations sur l'infection et de ressources pour références.
- Les messages-textes doivent être utilisés en dernier recours; leur efficacité n'est pas démontrée; leur acceptabilité est limitée. Le seul avantage étant la rapidité.
- Des études sont en cours sur l'intervention par médias sociaux qui serait acceptable pour les partenaires occasionnels

57

Diapositive 58

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.mssst.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
Outils visant à soutenir les cliniciens dans l'intervention préventive relative aux ITSS	
Tableau présentant les ITSS à rechercher selon les facteurs de risque décelés	Guider le clinicien dans le choix des infections à rechercher dans le contexte du dépistage des ITSS.
Prélèvements et analyses recommandés en fonction de l'infection recherchée chez les personnes asymptomatiques (dépistage)	Aider le clinicien à décider des prélèvements à faire et des analyses à demander dans le contexte du dépistage des ITSS.
Estimation du risque associé aux activités sexuelles	Soutenir le clinicien dans l'évaluation du risque associé à diverses activités sexuelles et dans le counseling visant l'adoption de comportements sécuritaires.
Ressources intervention préventive relative aux ITSS	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.
Liste de dépliants et de brochures à l'intention des patients	Permettre au clinicien de connaître les brochures et les dépliants qu'il pourra remettre à ses patients afin de soutenir son intervention.
Vaccination et ITSS	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.
Guides sur le traitement pharmacologique des ITSS	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

58

143

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE

- L'intervention préventive auprès de la personne atteinte d'une infection transmissible sexuellement et auprès de ses partenaires, Guide d'intervention ITS-MADO, point 6, p.42-50, édition 2014, MSSS
- Approche négociée pour les ITS prioritaires , Guide d'intervention ITS-MADO, point 8.4.1, p.72, édition 2014, MSSS
- Approche passive pour les ITS-MADO autres que prioritaires – IPPAP effectuée par le clinicien ou l'intervenant de première ligne, Guide d'intervention ITS-MADO, Algorithme 1, p.85, édition 2014, MSSS
- La chimioprophylaxie, Guide d'intervention ITS-MADO, point 5.3.1, p 40, édition 2014, MSSS
- Le traitement curatif, Guide d'intervention ITS-MADO, point 5.3.2, p 41, édition 2014, MSSS
- Programme de gratuité des médicaments pour le traitement des infections transmissibles sexuellement, Guide d'intervention ITS-MADO, annexe 5, p. 145, édition 2014, MSSS
- Liste d'outils accessibles sur Internet, Guide d'intervention ITS-MADO, annexe 4, p. 143-144, édition 2014, MSSS
- Guide d'utilisation de la brochure : Entre caresses et baisers, une ITS s'est faufilée... Il faut en parler, Guide d'intervention ITS-MADO, annexe14, p.326, édition 2014, MSSS

L'intervention préventive auprès de la personne atteinte d'une infection transmissible sexuellement et auprès de ses partenaires¹¹

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.

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, dont :

- la diminution de la réinfection chez le cas-index ;
- l'interruption de la chaîne de transmission ;
- la prévention des complications liées à une infection non traitée ou traitée tardivement.

Diverses études 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) :

¹¹ L'intervention préventive auprès de la personne atteinte d'une infection transmissible sexuellement et auprès de ses partenaires, Guide d'intervention ITS-MADO, point 6, p.42-50, édition 2014, MSSS

- 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 ITS. 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 ;
- 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 traités. 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 %) qu'un cas-index (entre 40 % et 60 %, selon le soutien offert au cas-index). 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 ;
- 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-avantage¹² ;
- 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'efficience 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 ;
- les adolescents notifient moins leurs partenaires que les adultes ;
- 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) ;
- bien que la plupart des caractéristiques précédentes s'appliquent aux HARSAH, différents éléments peuvent entraver la notification s'adressant à ces hommes. 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 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 HARSAH.

¹². Il y a toutefois peu d'études ayant porté expressément sur la dimension coût-efficacité pour la syphilis.

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 ;
- la majorité des médecins adhèrent aux objectifs poursuivis par un service de soutien pour la notification aux partenaires et que, malgré certaines réticences, la plupart des médecins collaborent de façon active à l'IPPAP ;
- 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 ;
- les partenaires apprécient que l'on se préoccupe de leur santé, et ce, même s'ils sont parfois réticents *a priori*.

Les approches préconisées

Différentes approches pour l'intervention préventive auprès des partenaires sont décrites dans la littérature :

- 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'intervention, 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 *conditionnal 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 Prevention 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 *conditionnal 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 *conditionnal referral* ou le *contract referral* soutenu, généralement, par un professionnel de santé publique (voir ci-après l'approche négociée) ;
- 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) ;
- d'intégrer à ces deux approches l'utilisation de nouvelles stratégies telles que la notification par courriel et le traitement accéléré des partenaires (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.

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.

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 Prevention et celles du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario 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.

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.

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. 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 partenaires. Certaines

caractéristiques (ex. : carte spécifique à une infection, coordonnées des ressources à consulter) amélioreraient l'efficacité de la carte. 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*, 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. Ce moyen ne serait pas approprié pour les partenaires actuels ou n'ayant pas été rencontrés sur Internet. 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/>]¹³) serait, selon certaines études, davantage accepté par les HARSAH, particulièrement ceux qui sont séronégatifs et qui rencontrent leurs partenaires sur Internet ou qui n'ont qu'une adresse courriel pour joindre leurs partenaires.

La notification par courriel permet de communiquer rapidement avec certains partenaires. 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 webmestre.

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.

¹³. Le service inSPOT n'est pas offert au Québec.

Le **message texte** devrait être utilisé en dernier recours pour la notification. Aucune étude ne démontre l'efficacité de ce moyen. Certaines personnes ne prendraient pas le message de notification au sérieux. De plus, son acceptabilité est généralement limitée. 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 d'une relation brève et superficielle. Par ailleurs, l'utilisation des messages textes soulève des enjeux éthiques et légaux, tels que la confidentialité. 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 partenaires. 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 lettre.

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 Blindr) ont été menés ou sont en cours. 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. 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 traitement. Cette méthode serait moins efficace que la carte de notification. 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** 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. Les données sur l'efficacité sont cependant variables.

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 québécoise 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 respecter :

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.

Approche négociée pour les ITS prioritaires , Guide d'intervention ITS-MADO¹⁴

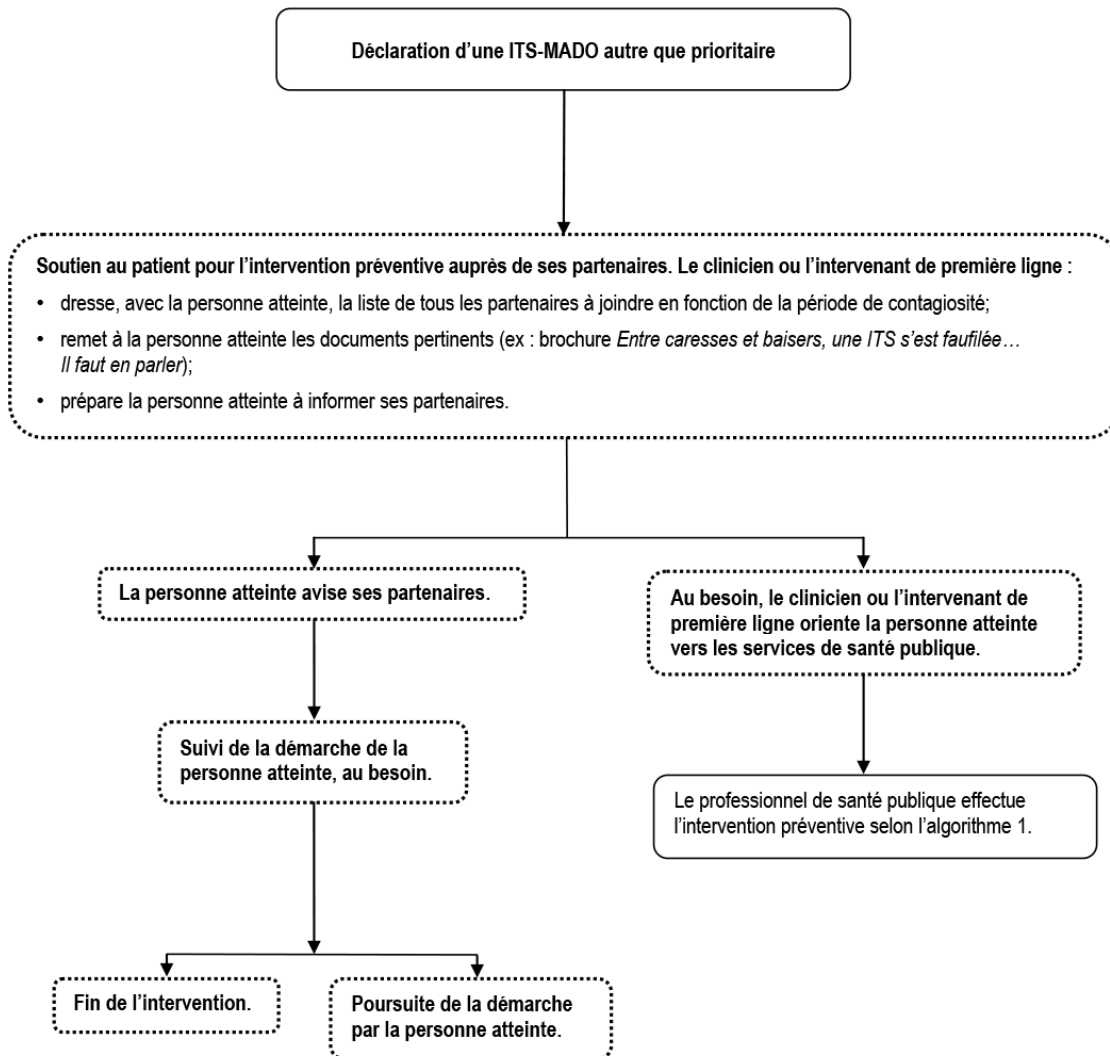
Compte tenu des obligations légales du directeur de santé publique ainsi que de la pertinence et de l'efficacité de l'intervention préventive, celle-ci est généralement faite par un professionnel de santé publique (professionnel d'une direction de santé publique ou d'un milieu clinique de première ligne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

¹⁴ Approche négociée pour les ITS prioritaires , Guide d'intervention ITS-MADO, point 8.4.1, p.72, édition 2014, MSSS

Approche passive pour les ITS-MADO autres que prioritaires – IPPAP effectuée par le clinicien ou l'intervenant de première ligne¹⁵



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

— Intervention effectuée par un professionnel de santé publique.

¹⁵ Approche passive pour les ITS-MADO autres que prioritaires – IPPAP effectuée par le clinicien ou l'intervenant de première ligne, Guide d'intervention ITS-MADO, Algorithme **Erreur ! Document principal seulement.**, p.85, édition 2014, MSSS

La chimioprophylaxie¹⁶

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, 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 élevé. Cependant, les données actuelles ne permettent pas de conclure que cette stratégie puisse être appliquée de façon systématique au Québec¹⁷.

Le traitement curatif¹⁸

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 compatible¹⁹. Le traitement curatif peut aussi être offert sur la base d'un syndrome clinique, avant même la confirmation microbiologique²⁰.

¹⁶ La chimioprophylaxie, Guide d'intervention ITS-MADO, point 5.3.1, p 40, édition 2014, MSSS

¹⁷ 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.

¹⁸ Le traitement curatif, Guide d'intervention ITS-MADO, point 5.3.2, p 41, édition 2014, MSSS

¹⁹ 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.

²⁰ Voir, à l'annexe 4, l'outil « Guides sur le traitement pharmacologique des ITSS ».

Programme de gratuité des médicaments pour le traitement des infections transmissibles sexuellement²¹

Au Québec, un programme de gratuité des médicaments pour le traitement des infections transmissibles sexuellement (ITS) d'origine bactérienne²² 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*²³, publiées en 2008 et mises à jour en janvier 2010, ainsi que dans les guides²⁴ sur le traitement pharmacologique de ces infections et syndromes produits par l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux sont admissibles.

²¹ Programme de gratuité des médicaments pour le traitement des infections transmissibles sexuellement, Guide d'intervention ITS-MADO, annexe 5, p. 145, édition 2014, MSSS

²² 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].
[\[http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CCKQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.ramq.gouv.qc.ca%2FSiteCollectionDocuments%2Fprofessionnels%2Fmedicaments%2Fliste-medicaments.pdf&ei=GmYeUpXfKpSosAT4pYHoBw&usq=AFQjCNHCB1cWAnLyFwm-6AdwtmWLUAtLSw&sig2=KZzcHOL-q_mhY0yTFkgd1w\]](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&usq=AFQjCNHCB1cWAnLyFwm-6AdwtmWLUAtLSw&sig2=KZzcHOL-q_mhY0yTFkgd1w).

²³ 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].
[\[http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/index-fra.php\]](http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/index-fra.php).

²⁴ INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX. *Guides sur le traitement pharmacologique des ITS : 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 (verruques génitales)* [4 p.], Québec, Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, 2012., [En ligne].
[\[http://www.inesss.qc.ca/index.php?id=65&user_inesssdoc_pi1%5Buid%5D=1682&cHash=cbf971210b964ef6dfc8f2cfec024288\]](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.

Liste d'outils accessibles sur Internet²⁵

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.

²⁵ Liste d'outils accessibles sur Internet, Guide d'intervention ITS-MADO, annexe 4, p. 143-144, édition 2014, MSSS

<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 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 parler²⁶</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).

²⁶. 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.

Guide d'utilisation de la brochure *Entre caresses et baisers, une ITS s'est faufilée... Il faut en parler*²⁷²⁸

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)²⁹ ;
- 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.

²⁷ 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.

²⁸ Guide d'utilisation de la brochure : *Entre caresses et baisers, une ITS s'est faufilée... Il faut en parler*, Guide d'intervention ITS-MADO, annexe14, p.326, édition 2014, MSSS

²⁹ 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 :
 - o 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 ;
 - o 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.) ;
 - o 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 »).

Tableau sur les partenaires à joindre en fonction de la période de contagiosité³⁰

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 ³¹ . 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 incertaine³² ; - 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 .
Syphilis secondaire	Les partenaires qui ont eu un contact sexuel avec la personne	Si le dernier contact sexuel remonte à plus de 90 jours :

³⁰. 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.

³¹. Traitement administré d'emblée, sans attendre le résultat de l'analyse de laboratoire et même si le partenaire est asymptomatique.

³². 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.

	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 incertaine³³; • pendant qu'elle avait des symptômes ; • avant qu'elle n'ait terminé son traitement ou moins de 7 jours après un traitement unidose.	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.
Chancre 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 ³⁴ . Évaluation des indications relatives au dépistage des autres ITSS.
Granulome inguinal	Les partenaires qui ont eu un contact sexuel avec la personne	Traitement épidémiologique ^a . Évaluation des indications

33. 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.

³⁴ Traitement administré d'emblée, sans attendre le résultat de l'analyse de laboratoire et même si le partenaire est asymptomatique.

	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.	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 épidémiologique³⁵ et une évaluation des indications de dépistage des autres ITSS sont recommandés. Les partenaires **actuels** doivent être joints.

³⁵. Traitement administré d'emblée, sans attendre le résultat de l'analyse de laboratoire et même si le partenaire est asymptomatique.

Module 3.
LES ASPECTS ÉTHIQUES ET LÉGAUX

MODULE 3 – LES ASPECTS ÉTHIQUES ET LÉGAUX

FICHE PÉDAGOGIQUE

MODULE 3 – LES ASPECTS ÉTHIQUES ET LÉGAUX

Objectif général :

Sensibiliser les professionnels aux aspects éthiques et légaux de l'IPPAP

Objectifs spécifiques :

- Identifier les principes éthiques à respecter lors de son intervention
- Apprécier l'impact des aspects légaux liés à l'IPPAP
- Reconnaître les droits et devoirs des différents acteurs impliqués dans l'IPPAP
- Intégrer le cadre légal et les valeurs et principes éthiques dans la réalisation de l'intervention préventive
- Répondre adéquatement aux questions les plus fréquemment posées par les différentes personnes impliquées

Éléments de contenu :

- Valeurs et principes éthiques
- Droits et devoirs des différents acteurs
- Lois, règlements et codes
- Mise en application des aspects éthiques et légaux
- Questions les plus fréquentes

Méthodes pédagogiques :

- Exposé magistral
- Mises en situation en sous-groupes
- Discussions et échanges en plénière

Durée : 1h15 min

Matériel d'accompagnement :

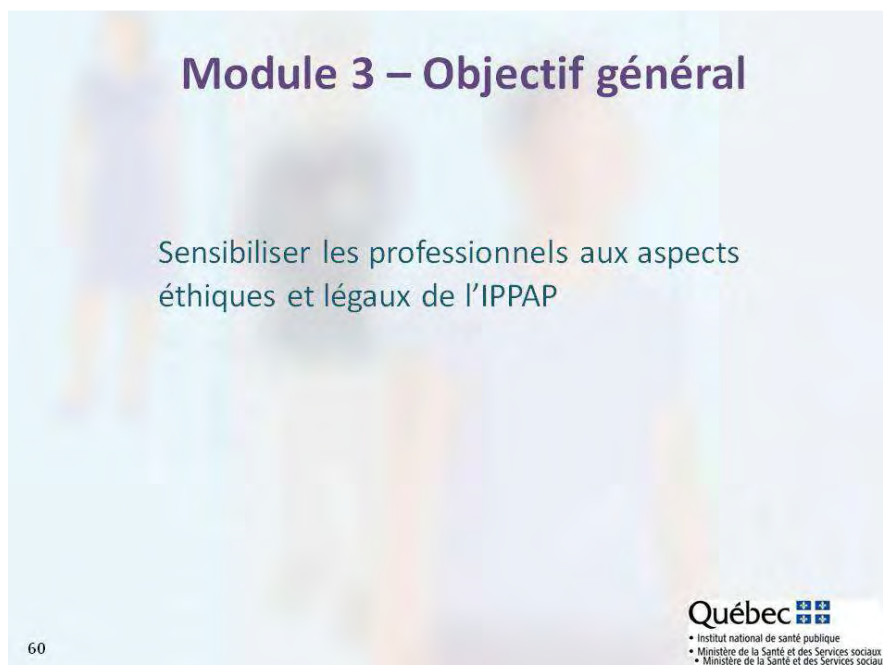
- Massé R., Éthique et santé publique, Québec 2003
- Loi sur la santé publique, Québec 2001
- Code de déontologie du Collège des médecins du Québec : www.cmq.org
- Code de déontologie de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec : www.oiiq.org
- OIIQ, Guide d'application de la nouvelle loi sur les infirmières et infirmiers, avril 2003
- Réseau juridique canadien sur le VIH/sida www.aidslaw.ca/francais/accueil.html
- Guide d'intervention ITS-MADO, 2014 MSSS

PRÉSENTATION POWER POINT

Diapositive 59



Diapositive 60



Diapositive 61

Module 3 – Objectifs spécifiques

À la fin de ce module, le participant sera en mesure de :

- Identifier les principes éthiques à respecter lors de l'intervention préventive
- Apprécier l'impact des aspects légaux liés à l'IPPAP

61

Québec 
• Institut national de santé publique
• Ministère de la Santé et des Services sociaux
• Ministère de la Santé et des Services sociaux

Diapositive 62

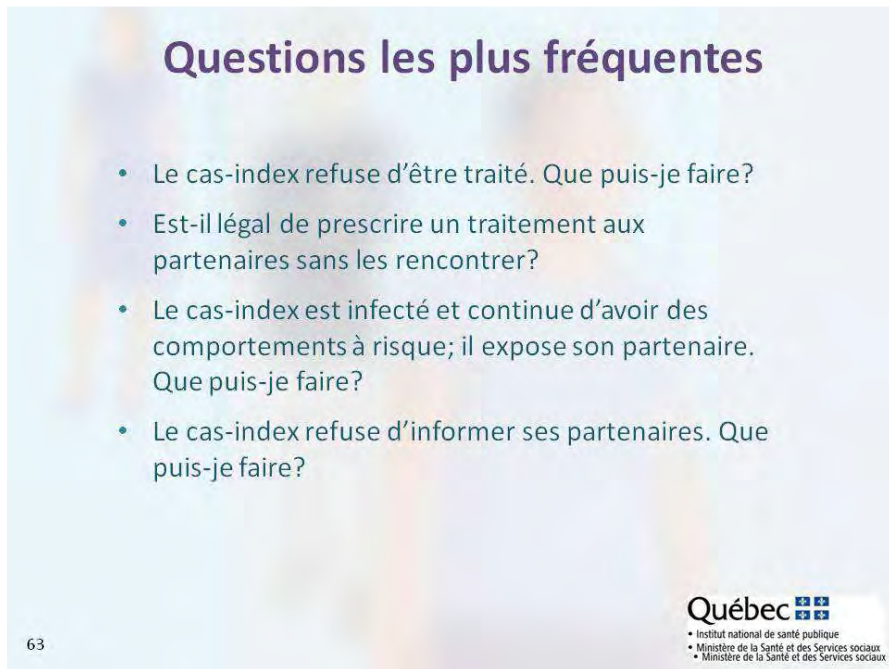
Module 3 – Objectifs spécifiques (suite)

- Reconnaître les droits et devoirs des différents acteurs impliqués
- Intégrer le cadre légal, les valeurs et les principes éthiques dans la réalisation de l'intervention préventive
- Répondre adéquatement aux questions les plus fréquemment posées par les différentes personnes impliquées

62

Québec 
• Institut national de santé publique
• Ministère de la Santé et des Services sociaux
• Ministère de la Santé et des Services sociaux

Diapositive 63



Questions les plus fréquentes

- Le cas-index refuse d'être traité. Que puis-je faire?
- Est-il légal de prescrire un traitement aux partenaires sans les rencontrer?
- Le cas-index est infecté et continue d'avoir des comportements à risque; il expose son partenaire. Que puis-je faire?
- Le cas-index refuse d'informer ses partenaires. Que puis-je faire?

63

Québec 
• Institut national de santé publique
• Ministère de la Santé et des Services sociaux
• Ministère de la Santé et des Services sociaux

Questions les plus fréquemment posées

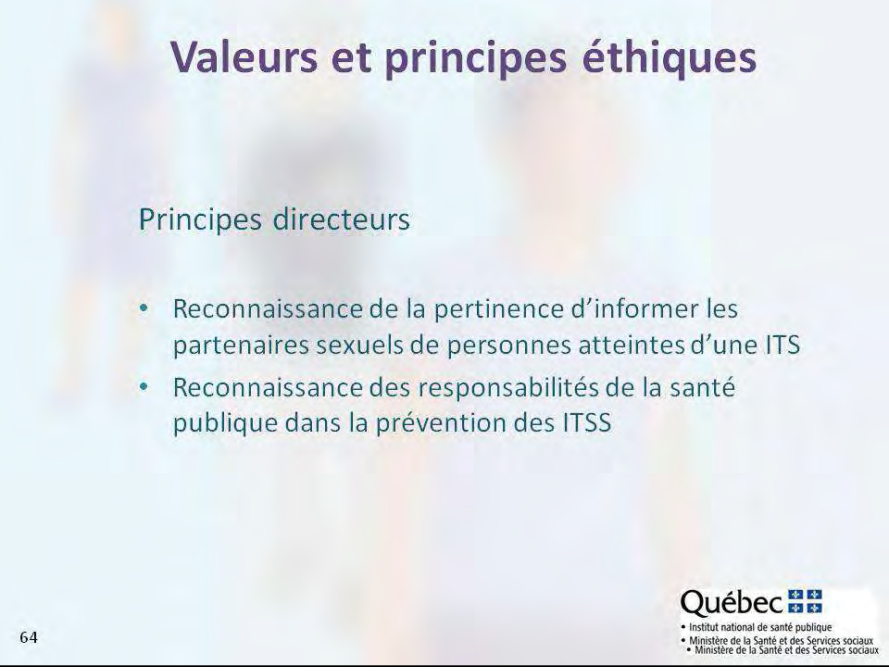
1. Le cas-index refuse d'être traité. Que puis-je faire?

2. Le cas-index refuse d'informer ses partenaires. Que puis-je faire?

3. Le cas-index est infecté et continue d'avoir des comportements à risque; il expose son partenaire. Que puis-je faire?

4. Est-il légal de prescrire un traitement aux partenaires sans les rencontrer?

Diapositive 64



Valeurs et principes éthiques

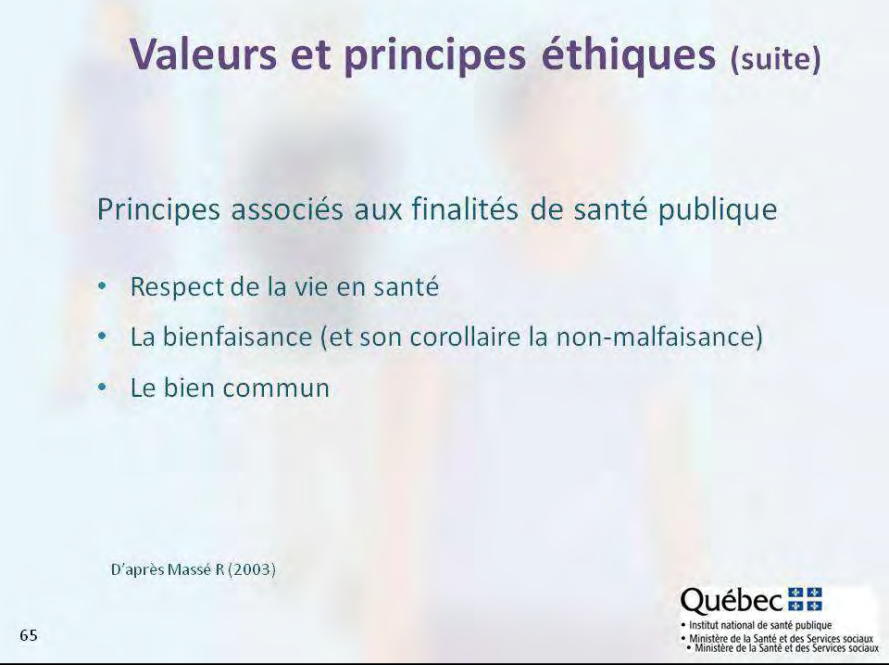
Principes directeurs

- Reconnaissance de la pertinence d'informer les partenaires sexuels de personnes atteintes d'une ITS
- Reconnaissance des responsabilités de la santé publique dans la prévention des ITSS

64

Québec 
• Institut national de santé publique
• Ministère de la Santé et des Services sociaux
• Ministère de la Santé et des Services sociaux

Diapositive 65



Valeurs et principes éthiques (suite)

Principes associés aux finalités de santé publique

- Respect de la vie en santé
- La bienfaisance (et son corollaire la non-malfaisance)
- Le bien commun

D'après Massé R (2003)

65

Québec 
• Institut national de santé publique
• Ministère de la Santé et des Services sociaux
• Ministère de la Santé et des Services sociaux

Diapositive 66



Valeurs et principes éthiques (suite)

Principes associés aux limites des interventions de santé publique

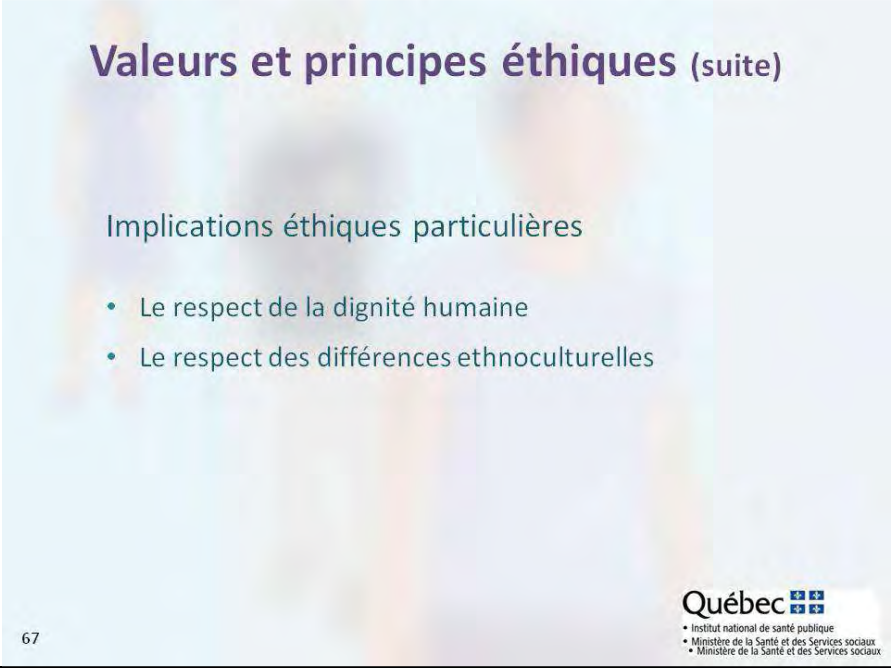
- La responsabilité - paternalisme
- La solidarité
- L'autonomie – autodétermination
- Le respect de la vie privée
- La justice sociale
- L'utilité

D'après Massé R (2003)

Québec 
• Institut national de santé publique
• Ministère de la Santé et des Services sociaux
• Ministère de la Santé et des Services sociaux

66

Diapositive 67



Valeurs et principes éthiques (suite)

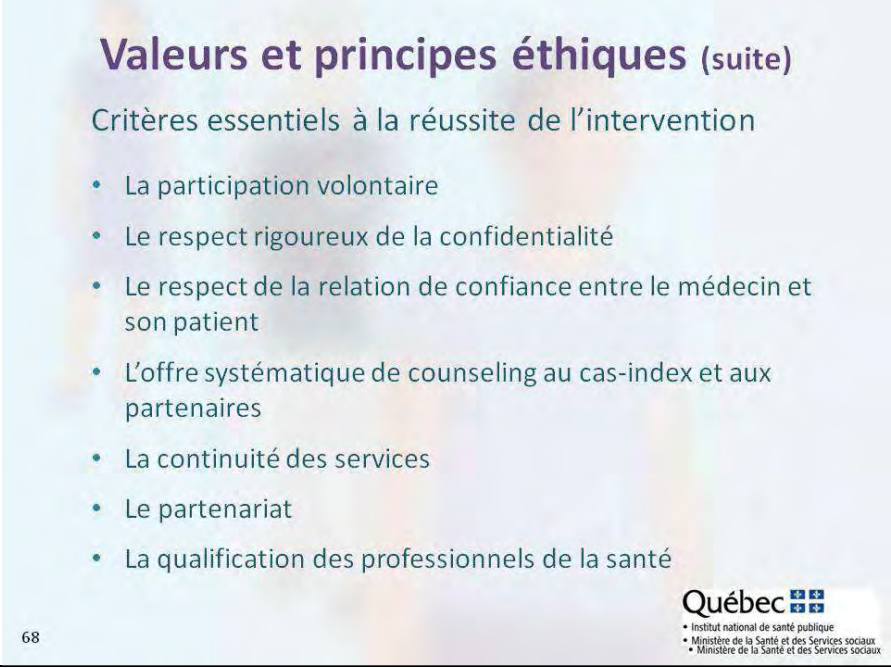
Implications éthiques particulières

- Le respect de la dignité humaine
- Le respect des différences ethnoculturelles

Québec 
• Institut national de santé publique
• Ministère de la Santé et des Services sociaux
• Ministère de la Santé et des Services sociaux

67

Diapositive 68



Valeurs et principes éthiques (suite)

Critères essentiels à la réussite de l'intervention

- La participation volontaire
- Le respect rigoureux de la confidentialité
- Le respect de la relation de confiance entre le médecin et son patient
- L'offre systématique de counseling au cas-index et aux partenaires
- La continuité des services
- Le partenariat
- La qualification des professionnels de la santé

68

Québec 
• Institut national de santé publique
• Ministère de la Santé et des Services sociaux
• Ministère de la Santé et des Services sociaux

Diapositive 69



Droits et devoirs des différents acteurs

Médecin traitant

- Obligation de déclarer une maladie
- Collaboration aux enquêtes épidémiologiques
- Respect du consentement et du secret professionnel
- Responsabilité d'offrir les soins de santé au patient et de le référer au besoin

69

Québec 
• Institut national de santé publique
• Ministère de la Santé et des Services sociaux
• Ministère de la Santé et des Services sociaux

Diapositive 70

Droits et devoirs des différents acteurs (suite)

Infirmières et infirmiers

- Responsabilité d'agir avec compétence dans l'accomplissement de ses obligations professionnelles
- Responsabilité de tenir à jour ses compétences professionnelles afin de fournir des soins selon les normes de pratique généralement reconnues
- Collaboration aux enquêtes épidémiologiques
- Respect du consentement et du secret professionnel
- Responsabilité de fournir des services professionnels au patient et de le référer au besoin

70

Québec 
• Institut national de santé publique
• Ministère de la Santé et des Services sociaux
• Ministère de la Santé et des Services sociaux

Diapositive 71

Droits et devoirs des différents acteurs (suite)

Directeur de santé publique ou ses mandataires

- Mobilisation des ressources pour procéder à une enquête épidémiologique ou pour protéger la santé de la population lorsqu'elle est menacée
- Enquête épidémiologique à la suite d'une MADO
- Application du programme national de santé publique et du plan d'action régional de santé publique

71

Québec 
• Institut national de santé publique
• Ministère de la Santé et des Services sociaux
• Ministère de la Santé et des Services sociaux

Diapositive 72

Droits et devoirs des différents acteurs (suite)

Directeur de santé publique ou ses mandataires

- Action au bénéfice de la collectivité ou d'un groupe d'individus
- Respect des règles de consentement et de confidentialité
- Exercice du rôle de vigie sanitaire relativement aux MADO

72

Québec 
• Institut national de santé publique
• Ministère de la Santé et des Services sociaux
• Ministère de la Santé et des Services sociaux

Diapositive 73

Droits et devoirs des différents acteurs

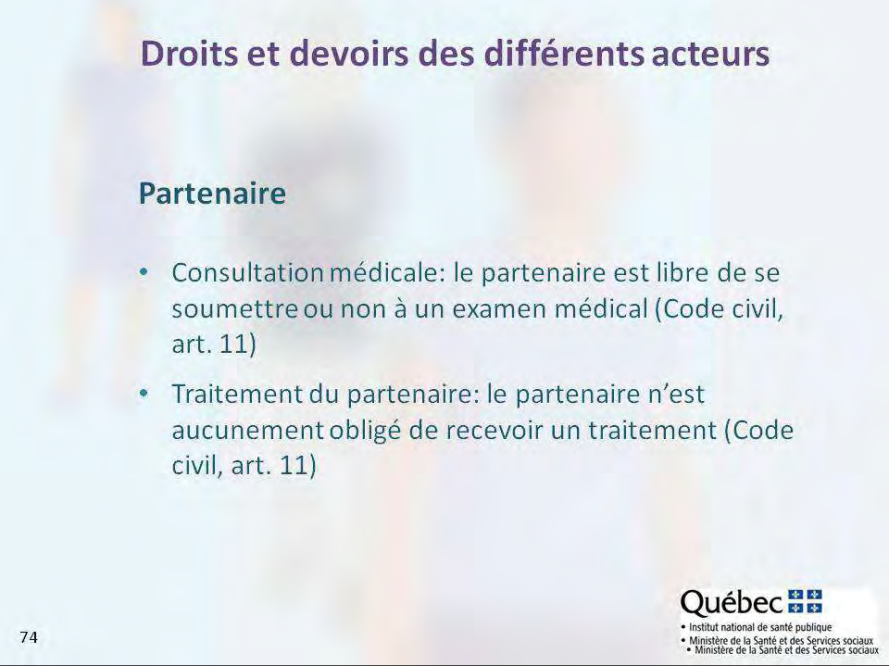
Cas-index

- Aucune obligation de traitement
- Aucune obligation d'identifier ses partenaires
- Aucune obligation d'informer ses partenaires de leur exposition à une ITS. Toutefois, le code civil du Québec interdit de nuire à autrui de manière excessive et de lui causer des préjudices (articles 7 et 1457)
- Obligation de se conduire de façon à ne pas exposer autrui à la maladie

73

Québec 
• Institut national de santé publique
• Ministère de la Santé et des Services sociaux
• Ministère de la Santé et des Services sociaux

Diapositive 74



Droits et devoirs des différents acteurs

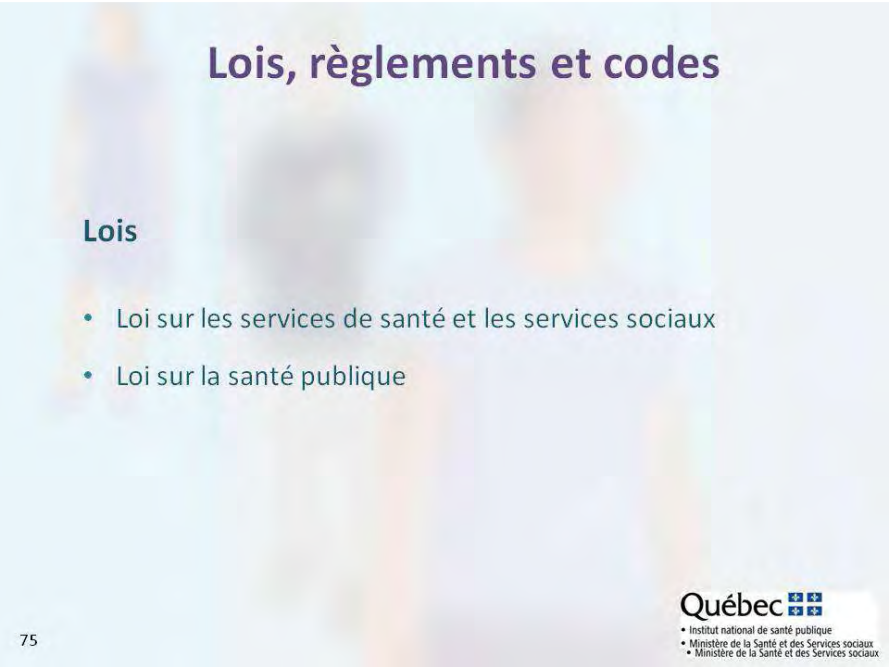
Partenaire

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

74

Québec 
• Institut national de santé publique
• Ministère de la Santé et des Services sociaux
• Ministère de la Santé et des Services sociaux

Diapositive 75



Lois, règlements et codes

Lois

- Loi sur les services de santé et les services sociaux
- Loi sur la santé publique

75

Québec 
• Institut national de santé publique
• Ministère de la Santé et des Services sociaux
• Ministère de la Santé et des Services sociaux

Diapositive 76

Lois, règlements et codes (suite)

Règlements

- Règlement ministériel d'application de la Loi sur la santé publique
- Chap. 1 : liste des intoxications et des maladies qui doivent être déclarées aux autorités de santé publique
- Chap. 2 : maladies à traitement obligatoire en vertu du chapitre IX de la Loi

76

Québec 
• Institut national de santé publique
• Ministère de la Santé et des Services sociaux
• Ministère de la Santé et des Services sociaux

Diapositive 77

Lois, règlements et codes (suite)

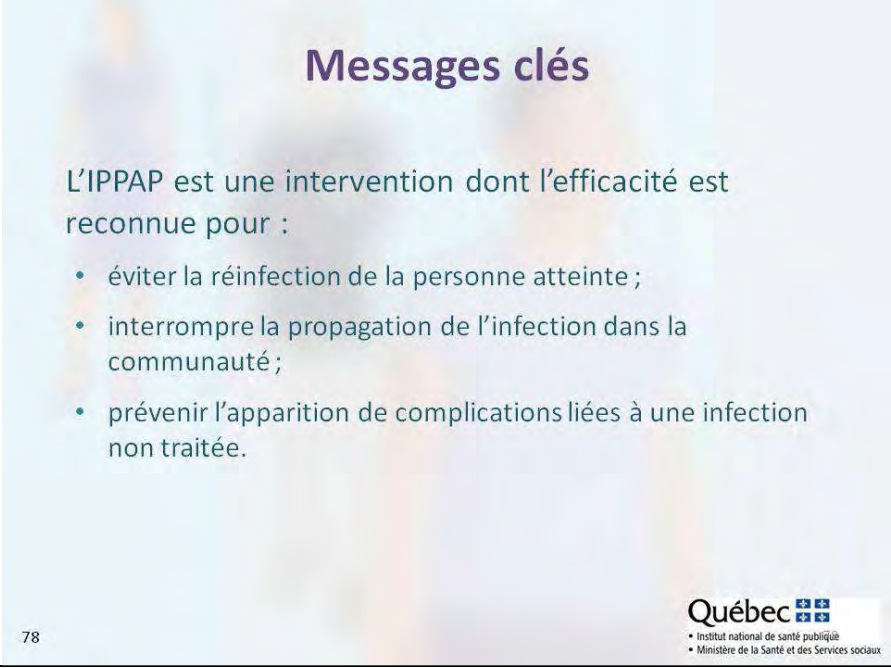
Codes

- Code civil du Québec
- Charte des droits et libertés de la personne
- Code criminel
- Code des professions
- Code de déontologie des médecins
- Code de déontologie des infirmières et infirmiers

77

Québec 
• Institut national de santé publique
• Ministère de la Santé et des Services sociaux
• Ministère de la Santé et des Services sociaux

Diapositive 78



Messages clés

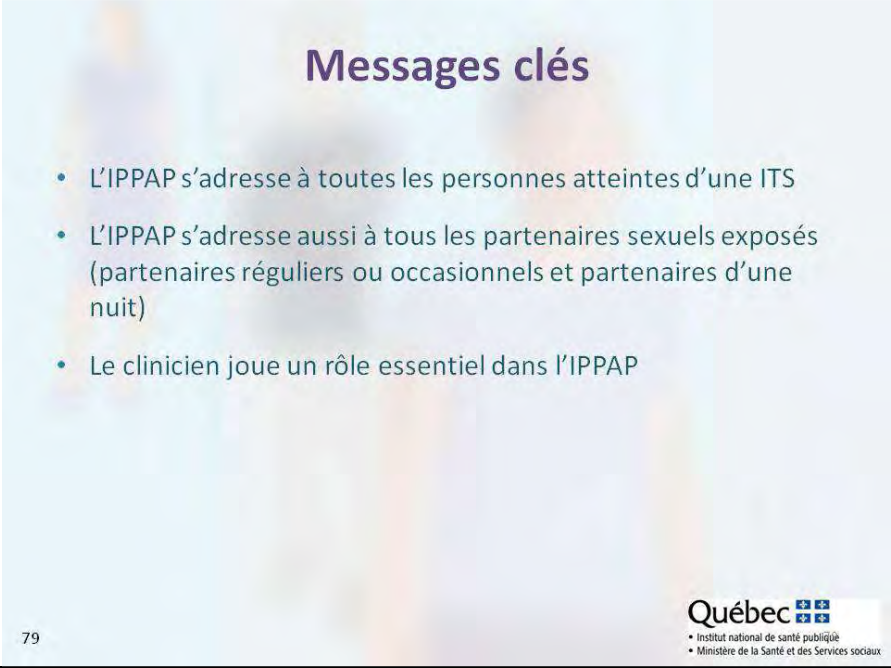
L'IPPAP est une intervention dont l'efficacité est reconnue pour :

- éviter la réinfection de la personne atteinte ;
- interrompre la propagation de l'infection dans la communauté ;
- prévenir l'apparition de complications liées à une infection non traitée.

78

Québec
• Institut national de santé publique
• Ministère de la Santé et des Services sociaux

Diapositive 79



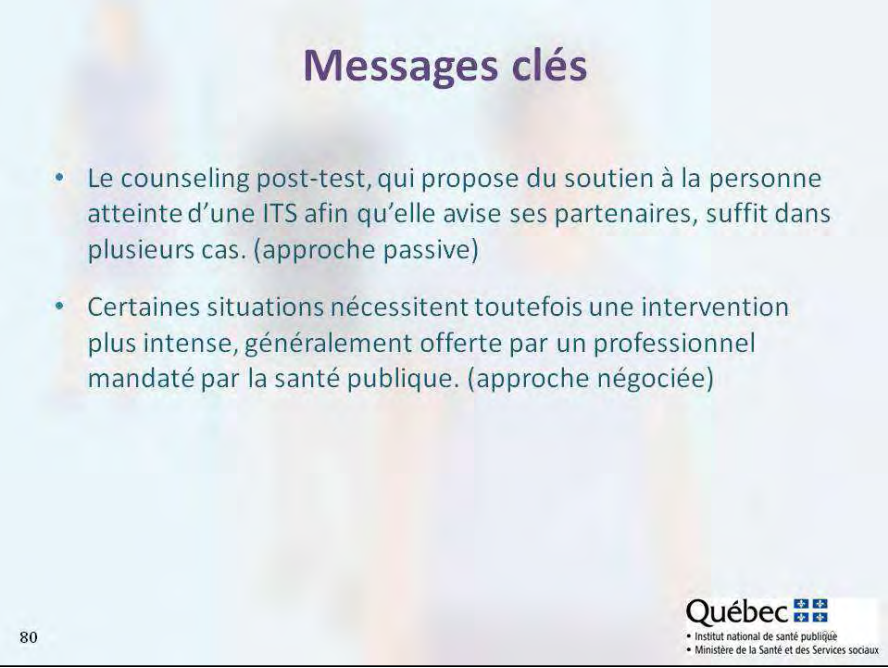
Messages clés

- L'IPPAP s'adresse à toutes les personnes atteintes d'une ITS
- L'IPPAP s'adresse aussi à tous les partenaires sexuels exposés (partenaires réguliers ou occasionnels et partenaires d'une nuit)
- Le clinicien joue un rôle essentiel dans l'IPPAP

79

Québec
• Institut national de santé publique
• Ministère de la Santé et des Services sociaux

Diapositive 80



Messages clés

- Le counseling post-test, qui propose du soutien à la personne atteinte d'une ITS afin qu'elle avise ses partenaires, suffit dans plusieurs cas. (approche passive)
- Certaines situations nécessitent toutefois une intervention plus intense, généralement offerte par un professionnel mandaté par la santé publique. (approche négociée)

80

Québec 
• Institut national de santé publique
• Ministère de la Santé et des Services sociaux

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Réponses aux questions les plus fréquemment posées

1. Le cas-index refuse d'être traité. Que puis-je faire?

En vertu de la Loi sur la santé publique (art. 79) et du Règlement ministériel d'application de la Loi sur la santé publique (chap. II, art. 9), les ITS ne sont pas incluses dans la liste des maladies à traitement obligatoire (MATO). Il n'y a donc aucun recours judiciaire possible à la suite d'un refus de traitement.

Cela ne signifie pas pour autant qu'il n'y a rien à faire ! Au contraire, toutes les mesures raisonnables doivent être prises pour convaincre le cas-index de suivre les recommandations quant au traitement de son infection.

Par exemple :

Communiquer avec le médecin déclarant et évaluer avec lui les moyens raisonnables de persuasion pouvant être utilisés;

Tenter de cerner et de préciser les raisons de la résistance au traitement;

Offrir un counseling au cas-index;

Lui envoyer des documents d'information;

Lui offrir de le diriger vers un service de santé approprié;

Bien consigner toutes les démarches effectuées.

2. Le cas index refuse d'informer ses partenaires. Que puis-je faire?

En ce qui concerne le VIH c'est différent.(voir p.123)

Au Québec, aucune loi n'oblige spécifiquement la personne atteinte d'une ITS à identifier ses partenaires, passés ou actuels, ni à les informer de leur exposition. La participation volontaire du cas-index est l'un des principes directeurs de la démarche d'intervention préventive auprès des partenaires. De plus, les personnes atteintes d'une ITS doivent toujours avoir accès au counseling, au dépistage et à l'orientation vers une ressource spécialisée, qu'ils aient accepté ou non de participer à la démarche.

Il incombe au professionnel de la santé d'informer le cas-index des avantages de sa collaboration à la démarche d'intervention préventive auprès de ses partenaires. Par exemple :

Avantages pour le cas-index :

- Éviter d'être réinfecté par un partenaire non traité avec qui il aurait des relations sexuelles.
- Permettre au partenaire, s'il s'avère qu'il est infecté, d'aviser ses autres partenaires (peut-être futurs partenaires du cas-index) et ainsi diminuer le risque d'une réinfection par un contact avec un partenaire non traité de son réseau sexuel.

Avantages pour le partenaire :

- Permettre au partenaire d'être traité et examiné. Le dépistage permet d'obtenir des soins médicaux, d'éviter les complications et d'empêcher la propagation de l'infection.

- Permettre au partenaire de recevoir un counseling personnalisé sur les pratiques sexuelles à moindre risque.

Il est aussi important de tenter de cerner les raisons qui incitent le cas-index à refuser de collaborer. Par exemple,

- Peur d’être identifié;
- Peur du rejet;
- Crainte de représailles (menaces pour sa sécurité);
- Crainte de rupture de couple;
- Etc.

En cernant les difficultés appréhendées, il sera éventuellement possible de rassurer le cas-index et de lui proposer une démarche adaptée à sa situation :

- Garantir la confidentialité des informations, protégeant ainsi l’identité du cas-index et celle des partenaires identifiés, ce qui constitue un élément essentiel favorisant la collaboration des personnes atteintes;
- Proposer, au besoin, un soutien psychosocial;
- Proposer une démarche progressive, par exemple en commençant par les partenaires pour lesquels les résistances du cas-index sont les moins fortes. L’expérience d’une intervention harmonieuse et réussie favorisera une meilleure perception de la démarche et le développement du sentiment de compétence pour la poursuite de la démarche.

➞ **Respect de la confidentialité**

Le respect de la confidentialité constitue un des principes d’intervention du programme. Tous les renseignements concernant le cas-index et ses partenaires sont confidentiels. Toute divulgation de renseignements confidentiels, quelle que soit leur importance relative, exige le consentement de la personne.

La divulgation d’une information confidentielle sans l’autorisation du patient suscite un débat éthique important où s’opposent le droit à la confidentialité de l’un et l’intérêt de l’autre à être informé.

Tous les efforts possibles doivent être déployés pour favoriser la coopération du cas-index afin d’informer ses partenaires de leur exposition à une ITS.

Il est généralement reconnu que le médecin traitant peut transgresser les dispositions générales concernant la confidentialité afin d’informer des partenaires que leur santé est menacée. Un devoir d’informer (duty to warn) incombe même au médecin traitant lorsque la vie d’une personne est en péril.

Selon l'Association médicale canadienne, une telle révélation relativement à l'infection au VIH serait acceptable du point de vue déontologique si toutes les conditions suivantes étaient réunies³⁶ :

- Il y a lieu de croire que le partenaire de la personne atteinte n'ait pas de raison de penser qu'il est exposé (à une infection par le VIH);
- La personne atteinte a refusé d'informer le partenaire sexuel;
- La personne atteinte a refusé l'offre du clinicien de le faire en son nom;
- Le médecin a informé son patient de son intention de divulguer l'information au partenaire.

Cette position est-elle valable dans le cas des ITS autres que le VIH? Impossible de l'affirmer avec certitude. Il faut tenir compte de la gravité des conséquences possibles chez le partenaire si celui-ci n'est pas avisé de son exposition.

Bien que l'on considère qu'il est raisonnable dans certains cas de transgresser les règles de la confidentialité, il demeure difficile de déterminer quelles circonstances le justifieraient. Par ailleurs, la position de l'Association médicale canadienne ne s'applique pas nécessairement aux professionnels de la santé autres que les médecins. Dans chacun des cas, il faudra procéder à une analyse minutieuse de la situation, en collaboration avec des experts dans le domaine.

Dans un texte sur la confidentialité relativement au traitement du VIH, mais qui s'applique en grande partie au contexte plus large des ITS, le Dr. David J. Roy affirme ceci :
[...] il n'y a aucun doute, l'éthique oblige à sceller dans la confidentialité tout renseignement obtenu au sujet d'un patient, que ce soit au niveau physique, psychique, de sa vie personnelle ou de ses moindres secrets. Il est impossible de prodiguer des soins sans établir une relation de confiance fondée sur la loyauté et la confiance réciproques.

Rappelons que l'on doit considérer ces situations au « cas par cas » et que des associations et des juristes peuvent renseigner les personnes qui en ont besoin. L'infirmière doit référer son patient si elle n'a pas les connaissances nécessaires pour le conseiller.

3. Je sais qu'un patient infecté continue d'avoir des comportements à risque et expose son partenaire. Que puis-je faire?

L'article 95 de la Loi sur la santé publique (Chapitre X sur le signalement aux autorités de santé publique) a été modifié à l'automne 2009 et permet au médecin de « signaler une menace à la santé de la population provenant d'un agent biologique sexuellement transmissible ». Un Groupe de travail relevant de la Table de concertation nationale en maladies infectieuses (TCNMI) a été créé pour produire un cadre d'interprétation permettant d'identifier les balises scientifiques, légales et éthiques de la notion de signalement.

36 Réseau juridique canadien VIH/sida, *Test de sérodiagnostic du VIH, Feuille 6 La confidentialité*, N° 34, Juillet 2007.

L'obligation légale de divulguer son statut sérologique à ses partenaires sexuels (tiré de l'encadré 3 du supplément du Guide québécois de dépistage des ITSS)

Outre les cas jugés par les tribunaux inférieurs, la Cour suprême du Canada a rendu, en octobre 2012, deux arrêts sur la question de la divulgation du statut sérologique (les causes R. c. Mabior et R. c. D.C.³⁷). Selon ces arrêts :

- toute personne se sachant infectée par le VIH a l'obligation légale de divulguer sa séropositivité à ses partenaires sexuels avant d'avoir des relations sexuelles qui comportent une « possibilité réaliste de transmission du VIH » ;*
- il n'y a pas de « possibilité réaliste de transmission du VIH », lors d'une pénétration vaginale, lorsqu'il y a port du condom ET que la charge virale de la personne séropositive est faible ou indétectable³⁸. La Cour n'a pas statué sur les autres types de relations sexuelles (anale ou orale) ;*
- le fait, pour une personne vivant avec le VIH, de ne pas divulguer son statut sérologique lorsqu'elle en a l'obligation vicie le consentement de l'autre personne. En droit, on se retrouve alors en présence d'une relation sexuelle non consensuelle. La personne vivant avec le VIH peut alors être accusée d'infractions criminelles telles que voies de fait, agression sexuelle, négligence causant des lésions corporelles ou encore meurtre ou tentative de meurtre ;*
- une personne vivant avec le VIH peut être reconnue coupable d'une infraction criminelle pour avoir eu des relations sexuelles comportant une « possibilité réaliste de transmission du VIH » sans avoir divulgué son état au préalable, même si elle n'a pas eu l'intention de transmettre le VIH et même si l'autre personne n'a pas été infectée. L'infraction vise l'exposition sans divulgation au préalable³⁹. Dans quelles circonstances les personnes vivant avec le VIH n'ont-elles pas d'obligation légale de divulguer leur statut sérologique ?*

Les personnes vivant avec le VIH n'ont pas d'obligation légale de divulguer leur statut sérologique avant une relation sexuelle vaginale si leur charge virale est faible (moins de 1 500 copies/ml) ou indétectable (moins de 50 copies/ml) ET qu'elles utilisent un condom.

Dans quelles circonstances les personnes vivant avec le VIH ont-elles une obligation légale de divulguer leur statut sérologique ?

Les personnes vivant avec le VIH doivent divulguer leur statut sérologique avant d'avoir :

- une relation sexuelle avec pénétration anale ou vaginale sans condom, peu importe leur charge virale ;*

³⁷ RÉSEAU JURIDIQUE CANADIEN VIH/SIDA. *La non-divulgation du VIH et le droit criminel : Analyse de deux récentes décisions de la Cour suprême du Canada*, Réseau juridique canadien VIH/sida, 2012, 10 p.

²⁸ La Cour suprême a considéré qu'une charge virale faible est de moins de 1 500 copies/ml et qu'une charge indétectable est de moins de 50 copies/ml.

³⁹ RÉSEAU JURIDIQUE CANADIEN VIH/SIDA. *La non-divulgation du VIH et le droit criminel : Implications pratiques des récentes décisions de la Cour suprême du Canada pour les personnes vivant avec le VIH – Questions & Réponses*, Réseau juridique canadien VIH/sida, 2012, 3 p.

- une relation sexuelle avec pénétration anale ou vaginale avec condom, si leur charge virale est égale ou supérieure à 1 500 copies/ml.

L'état actuel du droit ne précise pas si la personne vivant avec le VIH a l'obligation de divulguer sa séropositivité lorsqu'elle a des relations sexuelles qui comportent un risque plus élevé de transmission du VIH, telles que la pénétration anale. En effet, la pénétration anale comporte un risque plus élevé de transmission que la pénétration vaginale. Par conséquent, il est pensable que l'obligation de divulguer doive être au moins aussi stricte (sinon plus) que pour la pénétration vaginale. Le dévoilement du statut sérologique avant une pénétration anale pourrait être obligatoire même lorsque la charge virale est faible ou indétectable ET qu'un condom est utilisé.

L'état actuel du droit ne précise pas non plus si la personne vivant avec le VIH a l'obligation de divulguer sa séropositivité lorsqu'elle a des relations sexuelles qui comportent un risque moins élevé de transmission du VIH que la pénétration anale ou vaginale sans condom (par exemple, des relations orales-génitales non protégées). L'obligation de divulguer pourrait alors dépendre du risque de transmission du VIH associé à l'activité sexuelle en question, à savoir si cette activité expose l'autre personne à une « possibilité réaliste de transmission du VIH ».

Que doivent faire les professionnels de la santé ?

Le Réseau juridique canadien VIH/sida suggère que les professionnels de la santé informent la personne vivant avec le VIH de la possibilité qu'elle soit reconnue coupable de voies de fait graves ou d'autres infractions criminelles si elle ne divulgue pas son statut sérologique avant d'avoir des relations sexuelles qui comportent une « possibilité réaliste de transmission du VIH », même en l'absence de transmission^{40,41}. Par conséquent, la personne vivant avec le VIH peut continuer d'avoir des relations sexuelles mais doit divulguer son statut sérologique lorsque le rapport implique une « possibilité réaliste de transmission du VIH ». Les éléments entourant l'obligation légale de divulguer son statut sérologique à ses partenaires sexuels peuvent évoluer selon les jugements des tribunaux et les arrêts de la Cour suprême. Le Réseau juridique canadien VIH/sida propose des ressources, dont la trousse La divulgation du VIH et le droit : trousse de ressources pour les fournisseurs de soins. Cette trousse présente des informations et des outils pour soutenir les professionnels de la santé et les intervenants psychosociaux dans les interventions relatives à la divulgation du VIH.

L'Association canadienne des infirmières et infirmiers en sidologie, en collaboration avec CATIE, a pour sa part produit le guide Les implications juridiques et cliniques du non/dévoilement du

⁴⁰ RÉSEAU JURIDIQUE CANADIEN VIH/SIDA. *Le counselling dans le contexte de la criminalisation de la non-divulgence du VIH*, Réseau juridique canadien VIH/sida, 2012, 3 p.

³¹ Selon le Réseau juridique canadien VIH/sida, le counseling doit comprendre des renseignements sur le droit criminel et le VIH (voir *Le counselling dans le contexte de la criminalisation de la non-divulgence du VIH*, Réseau juridique canadien VIH/sida, 2012). Le Réseau précise que les professionnels qui effectuent le counseling ne sont pas autorisés à donner des conseils juridiques et ne devraient pas le faire. Cependant, ils devraient suivre l'évolution du droit et être en mesure de transmettre des informations justes au sujet de l'obligation de divulguer son statut sérologique à ses partenaires sexuels.

*VIH : Un guide pratique à l'intention des infirmières et infirmiers en sidologie du Canada.*⁴² Ce guide s'adresse aux infirmières travaillant dans le domaine du VIH. Il présente les réalités auxquelles sont confrontés ces professionnels et des conseils pratiques concernant la divulgation du statut sérologique.

La Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida (COCQ-SIDA) et le Réseau juridique canadien VIH/sida peuvent assister les professionnels de la santé et les intervenants psychosociaux en leur donnant de l'information à jour et en guidant leur intervention. Toute personne vivant avec le VIH peut également se procurer de l'information auprès de différents organismes, dont la COCQ-Sida et le Réseau juridique canadien VIH/sida (consulter l'outil « Ressources »).

Les mêmes principes s'appliquent à ces deux questions.

➡ **Aucune obligation légale explicite en ce qui concerne les ITS telles que la gonorrhée, la chlamydia, la syphilis...**

4. Est-il légal de prescrire un traitement aux partenaires sans les rencontrer?

Toute personne considérée comme contact d'une personne atteinte d'une ITS devrait être vue en consultation par le médecin de son choix. À moins de circonstances exceptionnelles, l'on ne doit pas lui prescrire de médicaments sans l'avoir évaluée au préalable.

De plus, certaines études ont montré que la rencontre des partenaires par un médecin augmente la fidélité au traitement. Cette rencontre offre aussi l'avantage de favoriser l'identification d'autres partenaires appartenant à la chaîne de transmission.

Différentes options s'offrant au partenaire (rencontrer le médecin ou l'infirmière ayant accès à une ordonnance collective, rattachés à l'organisme offrant l'intervention préventive ou tout autre professionnel de santé de son choix, horaire souple des cliniques médicales, etc.), il faut se questionner sur une soi-disant non-disponibilité de ce partenaire. On peut se demander, entre autres choses, si le cas-index l'a effectivement avisé et s'il lui a bien fait valoir l'importance d'une consultation médicale.

Toutefois, dans une perspective de saisir toutes les occasions raisonnables d'intervention préventive, remettre une prescription au cas-index pour le traitement de ses partenaires peut quelquefois être le seul moyen d'interrompre la chaîne de transmission. D'ailleurs les CDC considèrent actuellement la possibilité d'augmenter la place de ce type d'intervention dans les

⁴² Association canadienne des infirmières et infirmiers en sidologie et CATIE. [*Les implications juridiques et cliniques du non/dévoilement du VIH : Un guide pratique à l'intention des infirmières et infirmiers en sidologie du Canada*](#), 2013, 21 p.

stratégies de lutte contre les ITS⁴³. Le Collège des médecins du Québec autorise, dans certaines circonstances et en respectant certaines conditions, une telle pratique (voir pages 120).

Extrait du Guide d'intervention ITS-MADO, édition 2014 MSSS

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 québécoise 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 respecter :

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.

43. Centers For Disease Control And Prevention. *Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines 2002*, MMWR, 2002, vol. 51, N° RR-6, p. 4.

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.

DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE

- Le cadre juridique et éthique, Guide d'intervention ITS-MADO, point 9, p.90-99, édition 2014, MSSS

Le cadre juridique et éthique⁴⁴

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.

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 publique 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 menacée⁴⁵ ». 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 contrôlée⁴⁶. »

Le règlement d'application de la loi énonce les critères que le ministre doit respecter quand il dresse la liste des maladies à déclaration obligatoire⁴⁷. 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.

⁴⁴ Le cadre juridique et éthique, Guide d'intervention ITS-MADO, point 9, p.90-99, édition 2014, MSSS

⁴⁵ Loi sur la santé publique (chap. S-2.2, art. 2).

⁴⁶ Ibid.

⁴⁷ Règlement d'application de la Loi sur la santé publique (chap. S-2.2, r. 1, art. 2).

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 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 publique, 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)⁴⁸.

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.

Le Règlement ministériel d'application⁴⁹ 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'application⁵⁰ 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 ;

⁴⁸. 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.

⁴⁹. Règlement ministériel d'application de la Loi sur la santé publique (chap. S-2.2, r. 2, art. 6).

⁵⁰. Règlement ministériel d'application de la Loi sur la santé publique (chap. S-2.2, r. 2, art. 7).

- 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.

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 transmissible⁵¹ » (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.

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

⁵¹. Loi sur la santé publique (chap. S-2.2, art. 93 et 95).

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).

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). 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*⁵² (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).

⁵². Le programme est prolongé jusqu'en 2015.

- 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 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 Québec 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.

Les dimensions éthiques

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 citoyens », 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.