



GUIDE QUÉBÉCOIS DE DÉPISTAGE

.....
infections transmissibles
sexuellement et par le sang
.....

Mise à jour 2014

Québec 

La mise à jour du *Guide québécois de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang* a été effectuée par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Les personnes suivantes ont contribué aux travaux :

Coordination et rédaction

Évelyne Fleury, sexologue et agente de recherche et planification, Service de lutte contre les ITSS
Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux
Claude Laberge, médecin-conseil, Service de lutte contre les ITSS
Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux
Stéphane Roy, médecin-conseil
Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie
Marie-Carole Toussaint, infirmière clinicienne, Service de lutte contre les ITSS
Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux
Sylvie Venne, médecin-conseil, Service de lutte contre les ITSS
Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux

Validation scientifique

Comité sur les analyses de laboratoire en lien avec les ITSS (CALI) et collaborateurs

Annie-Claude Labbé, médecin microbiologiste-infectiologue et présidente du CALI
Hôpital Maisonneuve-Rosemont
Annick Trudelle, conseillère scientifique et coordonnatrice du CALI
Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec
Claire Béliveau, médecin microbiologiste-infectiologue, membre du comité provincial sur le diagnostic du VIH, présidente du groupe de travail VIH du CALI et membre du groupe de travail hépatites du CALI
Hôpital Maisonneuve-Rosemont
Claude Fortin, médecin microbiologiste-infectiologue, membre du CALI et président du groupe de travail syphilis du CALI
CHUM - Hôpital Notre-Dame
Isabelle Tétrault, médecin microbiologiste-infectiologue, membre du CALI et présidente du groupe de travail *C. trachomatis* et *N. gonorrhoeae* du CALI
Centre hospitalier affilié universitaire de Québec - Hôpital de l'Enfant-Jésus
Patrick Dolcé, médecin microbiologiste-infectiologue, membre du CALI et co-président du groupe de travail hépatites du CALI
Hôpital régional de Rimouski
Marie-Louise Vachon, médecin microbiologiste-infectiologue et co-présidente du groupe de travail hépatites du CALI
CHU de Québec - Centre hospitalier de l'Université Laval
Isabelle Alarie, médecin microbiologiste-infectiologue, membre du CALI et membre du groupe de travail VIH du CALI
CHUS - Hôpital Fleurimont
Bouchra Serhir, responsable du secteur sérodiagnostic et virologie, membre du groupe de travail VIH et membre du groupe de travail syphilis du CALI
Laboratoire de santé publique du Québec, Institut national de santé publique du Québec
Gilles Lambert, médecin-conseil, membre du CALI et membre du groupe de travail syphilis du CALI
Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec
Louise Charest, omnipraticienne, membre du CALI et membre du groupe de travail *C. trachomatis* et *N. gonorrhoeae* du CALI
Clinique médicale l'Actuel
Donald Murphy, microbiologiste, membre du CALI et membre du groupe de travail hépatites du CALI
Laboratoire de santé publique du Québec, Institut national de santé publique du Québec
Valérie Martel-Laferrrière, médecin microbiologiste-infectiologue et membre du groupe de travail hépatites du CALI
CHUM - Hôpital Saint-Luc

ÉDITION

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

Le présent document s'adresse spécifiquement aux intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux et n'est accessible qu'en version électronique à l'adresse :

<http://intranetreseau.rtss.qc.ca> ou www.msss.gouv.qc.ca section **Documentation, rubrique **Publications****

Le genre masculin, et parfois féminin, utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2014
Bibliothèque et Archives Canada, 2014

ISBN : 978-2-550-70988-6 (version PDF)

Les photographies contenues dans cette publication ne servent qu'à illustrer les différents sujets abordés. Les personnes y apparaissant sont des figurants.

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

Comité sur les ITSS (CITSS) et collaborateurs

Marc Steben, médecin-conseil et président du CITSS et du sous-comité *Facteurs de risque et infections transmissibles sexuellement et par le sang à rechercher*

Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec

Marie-Claude Drouin, sexologue, agente de planification, de programmation et de recherche, coordonnatrice du CITSS et membre du sous-comité *Facteurs de risque et infections transmissibles sexuellement et par le sang à rechercher*

Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec

Mariève Talbot-Savignac, sexologue, agente de planification, de programmation et de recherche, coordonnatrice du CITSS et membre du sous-comité *Facteurs de risque et infections transmissibles sexuellement et par le sang à rechercher*

Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec

Raymond Parent, conseiller scientifique et membre du CITSS, Chef de l'unité ITSS

Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec

Brigitte Fournier, médecin-conseil et membre du CITSS

Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches

Michel Alary, médecin-conseil, chercheur et membre du CITSS

Unité de recherche en santé des populations, Centre hospitalier affilié universitaire de Québec, Université Laval

Jean-Guy Baril, omnipraticien, membre du CITSS et membre du sous-comité *Facteurs de risque et infections transmissibles sexuellement et par le sang à rechercher*, auteur principal de la section VIH, Comité consultatif sur la prise en charge clinique des PVVIH

Clinique médicale Quartier Latin

Judith Fafard, médecin microbiologiste-infectiologue et membre du CITSS, Association des microbiologistes-infectiologues du Québec

Hôpital Pierre – Le Gardeur

Claude Gauthier, médecin-conseil, membre du CITSS et membre du sous-comité *Facteurs de risque et infections transmissibles sexuellement et par le sang à rechercher*, auteur principal de la section infection gonococcique, Table de concertation nationale en maladies infectieuses

Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent

Robert Gervais, médecin-conseil et membre du CITSS

Centre de lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada

Danielle Gélinas, infirmière et membre du CITSS

Module maladies transmissibles, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

Gilles Lambert, médecin-conseil, membre du CITSS et collaborateur du sous-comité *Facteurs de risque et infections transmissibles sexuellement et par le sang à rechercher*

Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec

Danièle Longpré, omnipraticienne et membre du CITSS

Clinique médicale l'Actuel

Cécile Tremblay, directrice scientifique, membre du CITSS

Laboratoire de santé publique du Québec, Institut national de santé publique du Québec

Nathanaëlle Thériault, médecin-conseil et membre du CITSS

Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale

Françoise Gendron, médecin-conseil, membre du CITSS et membre du sous-comité *Facteurs de risque et infections transmissibles sexuellement et par le sang à rechercher*, auteure principale de la section infection à *Chlamydia trachomatis*

Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie

Ken Monteith, directeur et membre du CITSS

Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida

Karine Blouin, agente de planification, de programmation et de recherche et collaboratrice du sous-comité *Facteurs de risque et infections transmissibles sexuellement et par le sang à rechercher*

Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec

Marie-Louise Vachon, médecin microbiologiste-infectiologue et membre du sous-comité *Facteurs de risque et infections transmissibles sexuellement et par le sang à rechercher*, auteure principale des sections VHB et VHC

CHU de Québec - Centre hospitalier de l'Université Laval

Claude Fortin, médecin microbiologiste-infectiologue et membre du sous-comité *Facteurs de risque et infections transmissibles sexuellement et par le sang à rechercher*, auteur principal de la section syphilis

CHUM - Hôpital Notre-Dame

Unité des maladies infectieuses (ministère de la Santé et des Services sociaux)

Monique Landry, médecin-conseil, Unité des maladies infectieuses,
Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux
Bruno Turmel, médecin-conseil, Unité des maladies infectieuses,
Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux

Collaboration

Groupe de travail sur la criminalisation de l'exposition au VIH

Alix Adrien, médecin-conseil
Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
André Carrier, avocat
Direction des orientations et des politiques, ministère de la Justice du Québec
Benjamin Denis, sociologue
Direction de la prévention et de l'organisation policière, Direction générale des affaires policières, ministère de la Sécurité publique
André Dontigny, directeur, Direction de la prévention et de la promotion de la santé
Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux
Lise Guérard, chef de service, Service de lutte contre les ITSS
Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux
Liz Lachapagne, avocate et coordonnatrice
Programme Droits de la personne et VIH/sida, Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida
Lina Noël, sociologue
Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec

Groupe de travail pour la mise à jour du *Guide québécois de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang*

Hélène Marchand, infirmière-clinicienne, Programme Service intégré de dépistage et de prévention
CSSS de la Vieille-Capitale – CLSC de la Haute-Ville
Sophie Mazur, omnipraticienne
Clinique médicale Saint-Louis, Joliette
Caroline Paquet, sage-femme et professeure agrégée
Université du Québec à Trois-Rivières
Nathalie Paquette, coordonnatrice professionnelle – Équipe ITSS
Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
Jasmine Perron, conseillère
Direction générale des services de santé et de la médecine universitaire, ministère de la Santé et des Services sociaux
Mary Smith, infirmière clinicienne
CSSS Pierre-Boucher - École secondaire de Mortagne

Ordres professionnels

Suzanne Durand, Directrice, Direction Développement et soutien professionnel
Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
Yves Robert, Secrétaire
Collège des médecins du Québec

Direction des affaires juridiques

Me Geneviève Plamondon, Direction des affaires juridiques, ministère de la Santé et des Services sociaux

Unité ITSS de l'Institut national de santé publique du Québec

Anne Bruneau, médecin-conseil, unité ITSS
Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec

Secrétariat

Aline Crochemore
Ministère de la Santé et des Services sociaux

La version originale du *Guide québécois de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang* a été élaborée par un groupe de travail mandaté par le directeur de la protection de la santé publique, Horacio Arruda, M.D.

Composition du groupe de travail

Suzanne Carrière, directrice des services spécifiques
Centre de santé et de services sociaux Jeanne-Mance

Laurent Delorme, microbiologiste-infectiologue, médecin-conseil
Programme de biologie médicale, direction générale des services de santé et médecine universitaire
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Annie-Claude Labbé, microbiologiste-infectiologue
Hôpital Maisonneuve-Rosemont, Association des médecins microbiologistes infectiologues du Québec

Claude Laberge, médecin-conseil
Service de lutte contre les infections transmissibles sexuellement et par le sang
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Johanne Lefebvre, biologiste
Laboratoire de santé publique du Québec, Institut national de santé publique du Québec

Claude Ménard, M.D., adjoint médical à la direction générale
Collège des médecins du Québec

Carole Mercier, infirmière, directrice-conseil
Direction des affaires externes, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

Lina Sévigny
Direction générale des services de santé et médecine universitaire
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Marc Steben, médecin-conseil
Direction des risques biologiques, environnementaux et occupationnels
Institut national de santé publique du Québec

Nicole Turcotte, infirmière
Direction de santé publique des Laurentides

Bruno Turmel, médecin-conseil
Unité des maladies infectieuses, ministère de la Santé et des Services sociaux

Sylvie Venne, médecin-conseil
Unité des maladies infectieuses, ministère de la Santé et des Services sociaux

Collaboration

Association des médecins microbiologistes infectiologues du Québec

Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux

Direction générale des services de santé et médecine universitaire, ministère de la Santé et des Services sociaux

Direction générale du personnel réseau et ministériel, ministère de la Santé et des Services sociaux

Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

Direction des affaires juridiques du ministère de la Santé et des Services sociaux

Table de concertation nationale en maladies infectieuses

Groupe de travail pour faciliter l'implantation des SIDA

Marc Dionne, directeur scientifique, Institut national de santé publique du Québec

France Filiatrault, Secrétaire du Comité d'éthique de santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux

Coordination

Claude Laberge

Secrétariat

Danielle Comtois

Table des matières

Liste des sigles	XI
Lexique	XII
Introduction	1
PREMIÈRE PARTIE – CADRE LÉGAL ET DIMENSIONS ÉTHIQUES.....	3
1 Les champs d'exercice professionnel.....	7
1.1 <i>L'exercice de la médecine</i>	7
1.2 <i>L'exercice infirmier</i>	7
2 Les responsabilités professionnelles	11
2.1 <i>Les obligations des médecins et des infirmières</i>	11
2.2 <i>Les obligations découlant de la Loi sur la santé publique</i>	12
2.2.1 <i>Les maladies à déclaration obligatoire</i>	12
2.2.2 <i>La collecte obligatoire de renseignements épidémiologiques</i>	14
2.2.3 <i>Le signalement</i>	14
3 Des règles à respecter.....	17
3.1 <i>En tout temps et en tout lieu</i>	17
3.2 <i>En établissement</i>	17
3.3 <i>Hors établissement</i>	18
4 Le consentement.....	21
4.1 <i>Un soin requis</i>	21
4.2 <i>La nécessité du consentement</i>	21
4.3 <i>La validité du consentement</i>	22
4.4 <i>La durée de la validité du consentement</i>	22
4.5 <i>Qui peut donner son consentement?</i>	23
5 La documentation des soins	25
5.1 <i>La documentation des soins infirmiers</i>	25
5.2 <i>Le dossier médical</i>	25
5.3 <i>Les droits de l'utilisateur</i>	25
5.4 <i>Les demandes d'analyses nominatives, non nominatives ou anonymes</i>	26
5.5 <i>Le contenu du dossier</i>	26
6 Les aspects éthiques	29
6.1 <i>Un équilibre fragile</i>	29
6.2 <i>Des critères incontournables</i>	30
6.3 <i>Des repères</i>	31
DEUXIÈME PARTIE – INTERVENTION DE DÉPISTAGE DES ITSS	33
7 La recherche des facteurs de risque et l'évaluation du niveau de risque pour la personne	37
7.1 <i>Les facteurs de risque associés aux ITSS</i>	37
7.1.1 <i>Les réseaux sexuels et sociaux et les noyaux de transmetteurs</i>	39
7.1.2 <i>Les victimes d'agression sexuelle</i>	40
7.2 <i>Les facteurs de risque spécifiques selon l'ITSS</i>	40

8 L'évaluation des indications de dépistage.....	45
8.1 La période fenêtre et le délai minimal.....	45
8.2 Les analyses de laboratoire, le délai minimal et la période fenêtre, selon l'infection	46
8.2.1 L'infection à <i>Chlamydia trachomatis</i>	47
8.2.2 L'infection gonococcique	47
8.2.3 La syphilis.....	48
8.2.4 L'hépatite B'	49
8.2.5 L'hépatite C	49
8.2.6 L'infection par le VIH	50
8.3 Une réponse aux besoins de la personne.....	52
8.4 La fréquence du dépistage.....	52
8.4.1 Évaluation des facteurs de risque.....	52
8.4.2 Dépistage annuel chez des groupes à risque	52
8.4.3 Fréquence accrue du dépistage en présence de facteurs de risque	53
8.4.4 Répétition du dépistage après une infection	53
8.5 Les indications de dépistage des ITSS selon les facteurs de risque décelés	53
8.6 Les sites de prélèvement pour chacune des infections.....	59
8.7 L'interprétation des résultats des analyses de dépistage	65
8.7.1 Les faux positifs.....	65
8.7.2 Les faux négatifs.....	65
9 Le counseling prétest individualisé.....	67
10 Les prélèvements, la conservation et le transport des spécimens pour analyse.....	71
10.1 Les laboratoires d'analyses de biologie médicale reconnus	71
10.2 L'entente pour prestation de services de biologie médicale.....	71
10.2.1 Les conditions en établissement	71
10.2.2 Les conditions hors établissement.....	71
10.2.3 Les procédures préanalytiques	72
10.3 Le matériel de prélèvement et de transport	73
10.4 Le formulaire de demande d'analyse	73
10.5 Le transport et la conservation.....	74
10.6 Les techniques d'analyse.....	74
11 La communication des résultats d'analyse et le counseling post-test individualisé.....	77
11.1 Le counseling post-test lorsque le résultat du dépistage est négatif.....	77
11.2 Le counseling post-test lorsque le résultat du dépistage d'une ITS bactérienne est positif.....	79
11.3 Le counseling post-test lorsque le résultat du dépistage de l'hépatite B est positif.....	82
11.4 Le counseling post-test lorsque le résultat du dépistage de l'hépatite C est positif	85
11.5 Le counseling post-test lorsque le résultat du dépistage de l'infection par le VIH est positif.....	89
12 Le processus d'orientation de la personne atteinte pour un suivi médical ou psychosocial	93
12.1 L'examen et le suivi après un résultat de dépistage positif ou indéterminé	93
12.2 L'examen et le suivi en raison d'un problème de santé décelé lors de l'intervention de dépistage.....	94
12.3 Le soutien psychosocial, l'information et l'accompagnement.....	94
TROISIÈME PARTIE – FICHES CLINIQUES.....	99
13 Infection à <i>Chlamydia trachomatis</i>.....	101
14 Infection gonococcique	105
15 Syphilis.....	111

16 Hépatite A.....	117
17 Hépatite B	121
18 Hépatite C	127
19 Infection par le VIH.....	133
20 Condylomes acuminés	139
21 Herpès génital.....	143

ANNEXES

Annexe I – Champs d’exercice des médecins et des infirmières et activités réservées à chacun	153
Annexe II – Formation professionnelle pour le dépistage des ITSS	157
Annexe III – Documents de référence pour l’intervention de dépistage des ITSS	161
Annexe IV – Exemple de formulaire de collecte de données pour le dépistage des ITSS	165
Annexe V – Guide d’utilisation du formulaire de collecte de données pour le dépistage des ITSS	177
Annexe VI – Liste d’outils accessibles sur Internet.....	193
Annexe VII –Exemple de formulaire d’orientation pour suivi médical	197
Annexe VIII – Exemple de formulaire d’autorisation de communiquer des résultats d’analyse de biologie médicale contenus au dossier.....	201
Annexe IX – Exemple de formulaire d’orientation pour suivi psychosocial.....	205
Annexe X – Régions fortement touchées par les ITSS et indications relatives au dépistage	209
Annexe XI – Algorithmes de détection et de confirmation sérologique de la syphilis	213
Annexe XII – Algorithmes présentant les analyses recommandées pour le dépistage du virus de l’hépatite C (VHC)	217
Annexe XIII – L’obligation légale de divulguer son statut sérologique à ses partenaires sexuels.....	223

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 – ITSS à rechercher selon les facteurs de risque décelés (à titre indicatif).....	56
Tableau 2 - Prélèvements et analyses recommandés en fonction de l’infection recherchée chez les personnes asymptomatiques (dépistage).....	60

Liste des sigles

CH	Centre hospitalier
CIA	Essai immunoenzymatique à chimiluminescence
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DSP	Direction (régionale) de santé publique
EIA	Essai immunoenzymatique
FTA-ABS	Fluorescent treponemal antibody absorption
HARSAH	Homme ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IPP	Intervention préventive auprès des partenaires (de personnes infectées)
ITS	Infection transmissible sexuellement
ITSS	Infection transmissible sexuellement et par le sang
IVG	Interruption volontaire de grossesse
LSPQ	Laboratoire de santé publique du Québec
MADO	Maladie à déclaration obligatoire
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
MTS	Maladie transmissible sexuellement
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
PAL	Plan d'action local (de santé publique, élaboré par le CSSS)
PAR	Plan d'action régional (de santé publique, élaboré par la DSP)
PCR	Polymerase chain reaction
PIQ	Protocole d'immunisation du Québec
RPR	Rapid plasma regain
SDA	Strand displacement amplification
SIDEP	Service intégré de dépistage et de prévention (des ITSS)
TAAN	Tests d'amplification des acides nucléiques (p. ex. PCR, TMA, SDA)
TMA	Transcription-mediated amplification
TP-PA	Treponema pallidum particle agglutination
TRUST	Toluidine red unheated serum test
UDI	Utilisateur de drogues par injection
VDRL	Venereal disease research laboratory
VHA	Virus de l'hépatite A
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite C
VHS	Virus de l' <i>Herpes simplex</i>
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VPH	Virus du papillome humain

Lexique

Pour les besoins du présent document, les expressions employées ont la signification indiquée ici.

Analyse ou analyse de biologie médicale

Termes retenus pour remplacer les expressions « mesure diagnostique », « test de dépistage », « test diagnostique », « analyse de laboratoire » et autres.

Cas-index

Personne chez qui une ITSS a été diagnostiquée.

Dépistage

Activité qui vise la détection d'une affection chez une personne asymptomatique.

Intervention de dépistage

Ensemble des actions entourant le dépistage, dont l'évaluation du risque d'ITSS, le counseling prétest, le dépistage par analyse de biologie médicale et le counseling post-test.

Multiples partenaires

La définition retenue dans le présent document est celle qui est proposée dans le *Rapport du sous-comité Facteurs de risque et infections transmissibles sexuellement et par le sang à rechercher* (INSPQ, à paraître). Dans la littérature scientifique, il n'y a pas consensus concernant le nombre de partenaires pouvant indiquer un risque accru d'ITSS. En l'absence de données probantes, un seuil de plus de trois partenaires sexuels dans la dernière année pourrait représenter un indicateur de risque et justifier un dépistage indépendamment des autres facteurs de risque. Ce seuil peut être modulé en fonction de l'infection considérée et de la prévalence dans le groupe d'âge visé, de même que dans une région ou un milieu donné.

Noyau de transmetteurs (*Core group*)

Ensemble d'individus reliés par des réseaux sociaux ou sexuels et qui ont des comportements à risque.

Traitement épidémiologique

Traitement des personnes ayant eu un contact avec un cas connu d'ITS, même si elles ne manifestent aucun signe ou symptôme clinique et que les analyses de biologie médicale relatives à leur cas ne montrent aucun signe d'infection.

Introduction

La réduction du nombre de cas d'infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) fait partie des objectifs poursuivis par le Programme national de santé publique¹.

Pour permettre l'atteinte de cet objectif, le dépistage des ITSS s'inscrit parmi les activités recommandées dans la *Stratégie québécoise de lutte contre l'infection par le VIH et le sida, l'infection par le virus de l'hépatite C et les infections transmissibles sexuellement*.

«Il faut accorder une place de choix aux stratégies de contrôle des ITS bactériennes, comme le dépistage et le traitement précoce de la personne infectée et de ses partenaires, jugées très efficaces pour briser la chaîne de transmission de ces infections. Quant au traitement des ITS virales, [...] il vise essentiellement à prévenir les complications (progression d'un cancer pour l'infection par le VPH, récurrences pour le VHS, apparition du sida pour l'infection par le VIH et cirrhose ainsi que cancer du foie pour le VHC). Cependant, tout dépistage accompagné d'un counseling approprié constitue une mesure de prévention individuelle du VIH, du VHC et des ITS qui peut contribuer à l'adoption et au maintien de comportements sécuritaires². »

Publiée en décembre 2003, la Stratégie, qui complète le Programme national de santé publique, propose des activités visant à réduire l'incidence des ITSS, à rendre accessibles des soins et services de qualité et à créer un environnement social favorable à la prévention des ITSS, dans le respect des droits de la personne³. Elle reconnaît la contribution respective des professionnels de la santé de la première ligne, médecins et infirmières, en matière de prévention primaire et secondaire et elle souligne l'importance de favoriser des contextes de pratique clinique propices à la prévention⁴.

Comme l'ensemble des services de santé et des services sociaux, le dépistage des ITSS est une activité encadrée par des lois, dont la Loi sur les services de santé et les services sociaux et la Loi sur la santé publique, de même que par de nombreux règlements. Ce sont ces lois et règlements qui précisent les responsabilités respectives des établissements du réseau de la santé et des services sociaux, des directions de santé publique et du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) en termes d'organisation des services. L'adoption de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé (juin 2002), en définissant un nouveau partage des champs d'exercice professionnels dans le domaine de la santé, a introduit de nouveaux éléments à considérer dans la mise en œuvre d'activités visant le dépistage des ITSS.

1. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Programme national de santé publique 2003-2012 – Mise à jour 2008*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2008, p. 53.
2. 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 virus de l'hépatite C et les infections transmissibles sexuellement, Orientations 2003-2009*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003, p. 23.
3. *Ibid.*, p. 11.
4. *Ibid.*, p. 25 et 34 à 36.

Le *Guide québécois de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang* est un outil d'application du Programme national de santé publique et de la Stratégie. En tenant compte du cadre législatif et des principes éthiques, il regroupe l'information technique et scientifique nécessaire pour réaliser adéquatement l'intervention de dépistage. Les recommandations qui s'y trouvent sont issues des données scientifiques les plus récentes. Le présent guide constitue donc l'ouvrage de référence pour tous les professionnels de la santé qui sont appelés à intervenir dans le domaine du dépistage des ITSS, quel que soit leur lieu de pratique, et pour tous ceux qui participent à la gestion des programmes de dépistage des ITSS. Il définit les normes de bonne pratique en ce domaine. Il précise également les rôles et responsabilités des médecins et des infirmières, dans un contexte d'interdisciplinarité⁵.

Ce guide n'a pas pour objet de définir l'organisation des services à mettre en place. Toutefois, la qualité de l'intervention sera d'autant plus grande que cette organisation favorisera la réalisation des différentes actions (évaluation, dépistage, communication des résultats, counseling, etc.) par un même professionnel, tout en assurant l'orientation rapide de la personne dont l'état le requiert vers un autre professionnel de la santé (pour investigation complémentaire, diagnostic, traitement, ou autre).

Le présent guide comprend trois parties. La première expose les aspects légaux et les dimensions éthiques qui encadrent le dépistage des ITSS. La seconde décrit les étapes d'une intervention de dépistage en précisant les différentes actions à réaliser dans diverses situations et selon les infections en cause. La dernière partie présente des fiches cliniques sur les ITSS pour lesquelles des activités de prévention (dépistage, vaccination ou counseling) sont recommandées.

Différents protocoles, guides et autres outils portent sur des aspects spécifiques de l'intervention de dépistage (p. ex. la vaccination), sur des problématiques particulières (p. ex. les victimes d'agression sexuelle) ou sur des activités complémentaires au dépistage (p. ex. l'intervention préventive auprès des partenaires et l'ordonnance collective permettant à une infirmière d'initier des mesures diagnostiques ou thérapeutiques). Le présent guide ne reprend pas l'information contenue dans ces documents. Lorsqu'indiqué, le lecteur sera invité à s'y référer.

L'information contenue dans le présent guide est mise à jour régulièrement. Les modifications sont transmises, par le MSSS et par les agences de la santé et des services sociaux, aux professionnels concernés.

5. Les sages-femmes et les infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne sont également appelées à intervenir dans le domaine du dépistage des ITSS. Leur contribution ainsi que leurs rôles et responsabilités seront précisés dans la prochaine mise à jour du *Guide québécois de dépistage des ITSS*.

PREMIÈRE PARTIE
CADRE LÉGAL ET DIMENSIONS ÉTHIQUES

Plusieurs lois et règlements encadrent l'activité professionnelle et l'organisation des services ou définissent les responsabilités des établissements du réseau de la santé et des services sociaux. La Loi sur la santé publique (décembre 2001) et la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé (juin 2002) créent des conditions favorables à la mise en œuvre d'activités efficaces de lutte contre les ITSS.

Le texte qui suit aborde les principaux aspects légaux qui touchent plus spécifiquement le domaine du dépistage des ITSS. Il définit les conditions dans lesquelles les interventions de dépistage doivent être réalisées ; il précise les champs d'exercice et les activités réservées aux médecins et aux infirmières ; il énonce les exigences relatives au consentement aux soins et à la documentation des soins.

Le dépistage des ITSS comporte également des dimensions éthiques. La recherche de l'équilibre entre la poursuite du bien commun – la protection de la santé publique – et le droit des individus de participer ou non à une démarche pouvant être lourde de conséquences pour eux n'en est pas la moindre.

Les lois et les règlements mentionnés dans le présent guide peuvent être consultés sur le site Web des Publications du Québec : http://www.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/accueil.fr.html].
--

1 Les champs d'exercice professionnel

EN MATIÈRE D'ITSS, LE DÉPISTAGE EST UNE INTERVENTION QUI CONSISTE À DÉTECTER UNE INFECTION CHEZ UNE PERSONNE ASYMPTOMATIQUE. Dans ces circonstances, qui peut décider de procéder à des prélèvements ou de demander des analyses de biologie médicale à des fins de dépistage? Les champs d'exercice respectifs des médecins et des infirmières, de même que les activités qui sont réservées aux uns et aux autres sont définis dans La Loi médicale (L.R.Q., c. M-9) et dans la Loi sur les infirmières et les infirmiers (L.R.Q., c. I-8)⁶.

Ces deux lois ont été modifiées par le projet de loi n° 90 devenu la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé, adoptée par l'Assemblée nationale le 14 juin 2002 et entrée en vigueur le 30 janvier 2003⁷. Cette loi instaure un nouveau partage des champs d'exercice professionnel dans le domaine de la santé. Ainsi, en matière de dépistage, tandis que les médecins peuvent prescrire, sans condition, des examens diagnostiques, les infirmières peuvent maintenant, dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la Loi sur la santé publique, « initier des mesures diagnostiques à des fins de dépistage ».

1.1 L'EXERCICE DE LA MÉDECINE

La Loi médicale (art. 31) définit ainsi l'exercice de la médecine :

« L'exercice de la médecine consiste à évaluer et à diagnostiquer toute déficience de la santé, à prévenir et à traiter les maladies dans le but de maintenir la santé ou de la rétablir chez l'être humain en interaction avec son environnement. »

Dans le cadre de cet exercice, la liste des activités réservées au médecin inclut notamment celle-ci :

« 2° prescrire les examens diagnostiques ».

Le médecin est ainsi habilité à prescrire et à effectuer tous les examens diagnostiques, y compris à des fins de dépistage.

1.2 L'EXERCICE INFIRMIER

La Loi sur les infirmières et les infirmiers (art. 36) définit comme suit l'exercice infirmier :

« L'exercice infirmier consiste à évaluer l'état de santé, à déterminer et à assurer la réalisation du plan de soins et de traitements infirmiers, à prodiguer les soins et les traitements infirmiers et médicaux dans le but de maintenir et de rétablir la santé de l'être humain en interaction avec son environnement et de prévenir la maladie ainsi qu'à fournir les soins palliatifs. »

6. Les sages-femmes et les infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne sont également appelées à intervenir dans le domaine du dépistage des ITSS. Leur contribution ainsi que leurs rôles et responsabilités seront précisés dans la prochaine mise à jour du *Guide québécois de dépistage des ITSS*.

7. On trouvera à l'annexe I, la liste complète des activités réservées, d'une part, au médecin et d'autre part, à l'infirmière.

Dans le cadre de cet exercice, parmi les activités réservées à l'infirmière, on trouve celle-ci :

« 4^o initier des mesures diagnostiques à des fins de dépistage dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la Loi sur la santé publique (chapitre S-2.2) ».

« **Initier des mesures diagnostiques à des fins de dépistage** » signifie qu'une infirmière peut, sans ordonnance individuelle ou collective et quel que soit son lieu d'exercice, et en se conformant au présent guide, procéder à des prélèvements ou demander des analyses ayant pour but le dépistage des ITSS chez des personnes asymptomatiques. Cela inclut qu'elle peut décider du type de prélèvement requis et interpréter les résultats des analyses demandées.

Ces prélèvements et ces analyses doivent toutefois être réalisés « **dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la Loi sur la santé publique** ». Le Programme national de santé publique « constitue la principale mesure prévue par la Loi sur la santé publique, adoptée en décembre 2001, pour orienter les activités en santé publique organisées aux niveaux national, régional et local⁸ ». Plusieurs activités qui y sont inscrites visent précisément la prévention des ITSS⁹.

La Loi sur la santé publique confie par ailleurs aux agences de la santé et des services sociaux la responsabilité d'élaborer et de mettre en œuvre un plan d'action régional (PAR) de santé publique conforme aux prescriptions du programme national (art. 11). Enfin, les centres de santé et de services sociaux (CSSS) doivent élaborer et mettre en œuvre un plan d'action local (PAL) de santé publique conforme au programme national et permettant d'atteindre les objectifs du PAR (art. 14).

La Loi sur les services de santé et les services sociaux précise le partage des responsabilités entre le MSSS, les agences et les CSSS.

Lorsqu'une personne présente des symptômes d'ITSS, les interventions de l'infirmière s'inscrivent plutôt dans le cadre de l'activité réservée consistant à « 3^o initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques, selon une ordonnance », généralement une ordonnance collective, ou à « 5^o effectuer des examens et des tests diagnostiques invasifs, selon une ordonnance », généralement une ordonnance individuelle. L'algorithme 1 illustre les étapes à suivre selon les diverses situations.

Dans le cadre des services offerts aux clientèles à risque de contracter une ITSS, les infirmières peuvent être appelées à réaliser les activités suivantes parmi celles qui leur sont réservées :

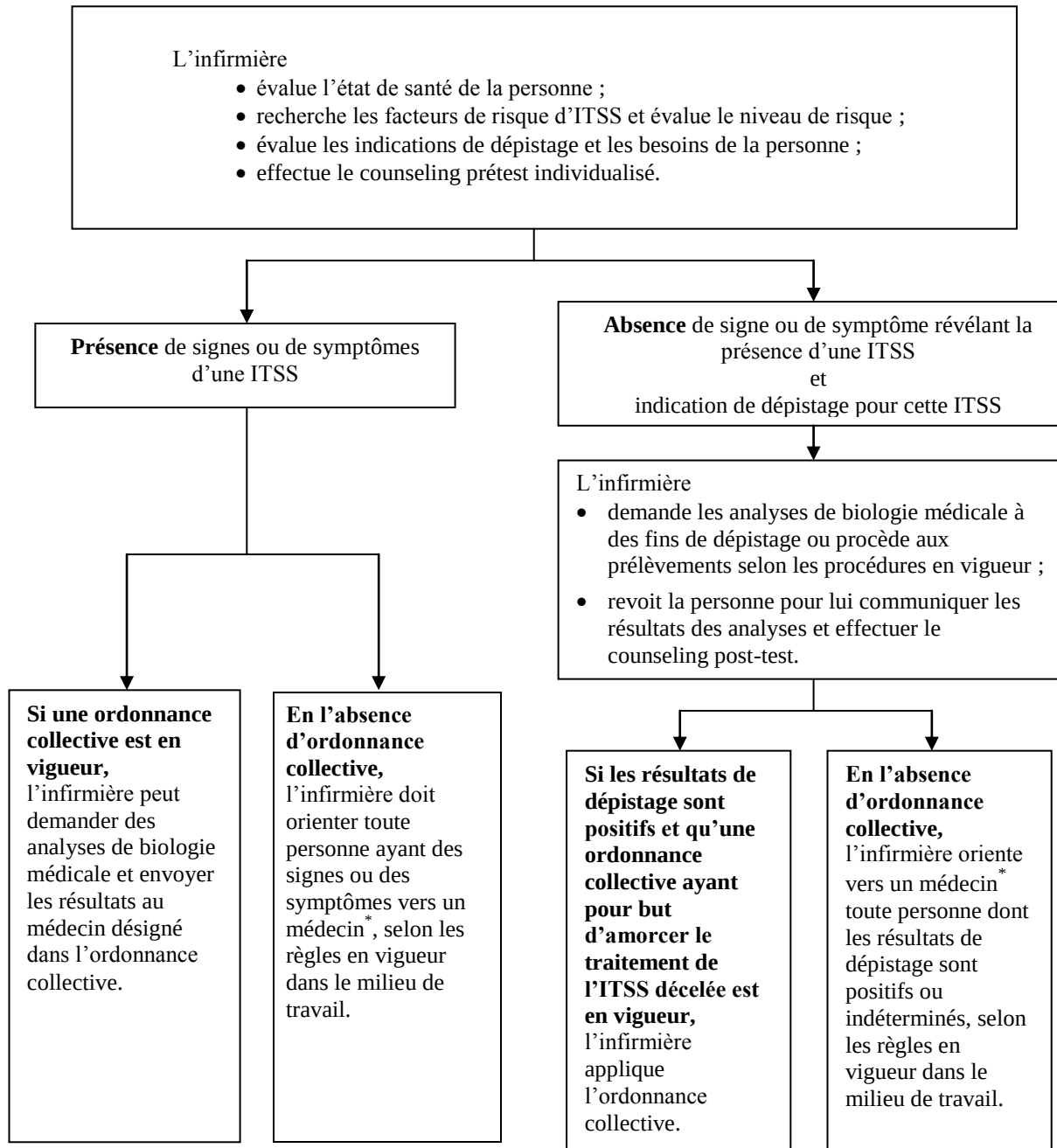
- « 1^o évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique » (ce qui inclut l'évaluation des besoins de contraception) ;
- « 3^o initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques, selon une ordonnance » (notamment pour les interventions liées aux analyses de biologie médicale et à la contraception orale d'urgence) ;
- « 10^o effectuer le suivi infirmier des personnes présentant des problèmes de santé complexes ;
- « 11^o administrer et ajuster des médicaments ou d'autres substances, lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance ;
- « 12^o procéder à la vaccination dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la Loi sur la santé publique (art. 36) ».

8. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Programme national de santé publique 2003-2012*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003, p. 1.

9. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Programme national de santé publique 2003-2012 – Mise à jour 2008*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2008, p. 50-55.

Algorithme 1

ACTIONS DE L'INFIRMIÈRE LORSQU'UNE PERSONNE SE PRÉSENTE À ELLE POUR UN DÉPISTAGE D'ITSS



* Les infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne peuvent également intervenir dans cette situation. Pour en savoir plus sur leur rôle, consulter le document *Lignes directrices – Pratique clinique de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne – 2^e édition* (2013), produit par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ).

Pour obtenir plus de précisions à ce sujet, on pourra consulter les documents suivants :

- *Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières – 2^e édition* (2013), produit par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) :
[\[http://www.oiq.org/sites/default/files/1389GuideExerciceInfirmier.pdf\]](http://www.oiq.org/sites/default/files/1389GuideExerciceInfirmier.pdf).
- *Lignes directrices – Pratique clinique de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne – 2^e édition* (2013), produit par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ).
- le *Protocole d'immunisation du Québec*, qui constitue l'outil de référence pour la vaccination :
[\[http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/6335dde40226af59852575cc0048804d?OpenDocument\]](http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/6335dde40226af59852575cc0048804d?OpenDocument).
- le règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin (R.R.Q., c. M-9, r. 25), qui doit être respecté pour les activités selon ordonnance :
[\[http://www.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/accueil.fr.html\]](http://www.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/accueil.fr.html).
- le guide d'exercice intitulé *Les ordonnances faites par un médecin* (mai 2005), publié par le Collège des médecins du Québec afin d'aider les médecins et les professionnels concernés dans leur pratique :
[\[http://www.cmq.org/fr/MedecinsMembres/Profil/Commun/AProposOrdre/Publications/~/_media/Files/Guides/Guide%20ordonnances%202005.pdf?81316\]](http://www.cmq.org/fr/MedecinsMembres/Profil/Commun/AProposOrdre/Publications/~/_media/Files/Guides/Guide%20ordonnances%202005.pdf?81316).

2 Les responsabilités professionnelles

Comme tout citoyen et toute citoyenne, le médecin et l'infirmière sont soumis aux dispositions du Code civil du Québec en matière de responsabilité civile. À titre d'intervenants d'un établissement du réseau de la santé, ils sont soumis à la Loi sur les services de santé et les services sociaux et à ses règlements d'application, tout comme l'établissement dans lequel ils travaillent. À titre de professionnels, ils ont aussi des obligations particulières.

2.1 LES OBLIGATIONS DES MÉDECINS ET DES INFIRMIÈRES

En tant que professionnels, membres d'un ordre professionnel régi par le Code des professions et par une loi particulière (la Loi médicale et la Loi sur les infirmières et les infirmiers), les médecins et les infirmières ont des devoirs et des obligations envers les personnes auxquelles ils offrent des services. Les obligations indiquées ci-après sont tirées du code de déontologie qui régit la profession concernée.

- Agir avec prudence :
 - « Le médecin doit s'abstenir de faire des omissions, des manœuvres ou des actes intempestifs ou contraires aux données actuelles de la science médicale (art. 47). »
 - « Le médecin doit, dans l'exercice de sa profession, tenir compte de ses capacités, de ses limites ainsi que des moyens dont il dispose. Il doit, si l'intérêt du patient l'exige, consulter un confrère, un autre professionnel ou toute personne compétente ou le diriger vers l'une de ces personnes (art. 42). »
 - « L'infirmière ou l'infirmier doit agir avec compétence dans l'accomplissement de ses obligations professionnelles. À cette fin, l'infirmière ou l'infirmier doit notamment tenir compte des limites de ses habiletés et connaissances (art. 17). »
 - « L'infirmière ou l'infirmier doit, si l'état du client l'exige, consulter une autre infirmière ou un autre infirmier, un autre professionnel du domaine de la santé ou toute autre personne compétente, ou le diriger vers l'une de ces personnes (art. 19). »
- Faire preuve de diligence :
 - « Le médecin doit être diligent et faire preuve d'une disponibilité raisonnable envers son patient et les patients pour lesquels il assume une responsabilité de garde (art. 37). »
 - « Dans l'exercice de sa profession, l'infirmière ou l'infirmier doit faire preuve de disponibilité et de diligence raisonnables (art. 25). »
- Assurer le suivi de l'intervention :
 - « Le médecin qui a examiné, investigué ou traité un patient est responsable d'assurer le suivi médical requis par l'état du patient, à la suite de son intervention, à moins de s'être assuré qu'un confrère ou un autre professionnel puisse le faire à sa place (art. 32). »
 - « L'infirmière ou l'infirmier ne doit pas faire preuve de négligence dans les soins et traitements prodigués au client [...]. Notamment, l'infirmière ou l'infirmier doit [...] : 3° prendre les moyens raisonnables pour assurer la continuité des soins et traitements (art. 44). »

- Développer et tenir à jour ses compétences :
 - « Le médecin doit exercer sa profession selon les normes médicales actuelles les plus élevées possibles ; à cette fin, il doit notamment développer, parfaire et tenir à jour ses connaissances et habiletés (art. 44). »
 - « L’infirmière ou l’infirmier doit tenir à jour ses compétences professionnelles afin de fournir des soins et traitements selon les normes de pratique généralement reconnues (art. 18). »

Les professionnels qui offrent des services de dépistage des ITSS ont la responsabilité individuelle de s’assurer qu’ils possèdent des connaissances complètes et à jour concernant la problématique de ces infections, les analyses de biologie médicale requises et l’interprétation de leurs résultats. Ils doivent également avoir des habiletés de communication et d’intervention auprès des clientèles à risque. Pour les professionnels oeuvrant dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux, cette responsabilité est partagée par l’établissement dans lequel ils travaillent¹⁰.

2.2 LES OBLIGATIONS DÉCOULANT DE LA LOI SUR LA SANTÉ PUBLIQUE

La Loi sur la santé publique édicte des obligations relativement à la déclaration de certaines maladies infectieuses et au signalement de menaces à la santé de la population. Ces obligations sont précisées dans le Règlement ministériel d’application de la Loi sur la santé publique. Ce règlement prescrit, de plus, des mesures pour la surveillance de l’infection par le VIH et la surveillance du sida. À l’exception du signalement fait par un médecin, les ITSS sont toutefois exclues de la démarche de signalement.

2.2.1 Les maladies à déclaration obligatoire

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). »

10. L’annexe II présente diverses activités de formation offertes aux professionnels de la santé pour développer leurs compétences en matière de dépistage des ITSS. L’annexe III suggère des documents de référence pour parfaire leurs connaissances en ce domaine.

« 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). »

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

- chancre mou ;
- granulome inguinal ;
- hépatites virales ;
- infection à *Chlamydia trachomatis* ;
- infection gonococcique ;
- lymphogranulomatose vénérienne ;
- syphilis ;
- infection par le VIH (seulement si la personne infectée a donné du sang, des organes ou des tissus, ou si elle a reçu du sang, des produits sanguins, des organes ou des tissus) ;
- 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).

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

La déclaration de ces maladies à déclaration obligatoire (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.

Les renseignements à fournir à l'occasion de cette déclaration sont les suivants :

- nom de l'infection ou de la maladie ;
- nom, sexe, occupation, date de naissance, adresse incluant le code postal, numéro de téléphone et numéro d'assurance maladie de la personne atteinte ;
- date du début de la maladie ;
- date des prélèvements et nom(s) du(des) laboratoire(s) qui procèderont aux analyses le cas échéant ;

- pour les cas d'hépatites virales, de syphilis, d'infection par le VIH et de sida : information sur les dons de sang, d'organes ou de tissus faits par la personne atteinte et information sur le sang, les produits sanguins, les organes ou les tissus reçus par la personne atteinte ;
- pour les cas de syphilis : information sur le stade de la maladie (primaire, secondaire, latente de moins ou de plus de un an, congénitale, tertiaire ou autre forme) ;
- information sur le médecin qui fait la déclaration (nom, numéro de permis d'exercice, numéros de téléphone où il peut être joint) ;
- signature et date de la déclaration.

La déclaration d'une MADO peut être faite à l'aide du formulaire AS-770 qui est disponible auprès de la DSP ou sur le site Web du MSSS, à l'adresse suivante : [www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/mado/].

2.2.2 La collecte obligatoire de renseignements épidémiologiques

L'infection par 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, en vertu des articles 10 à 14 du Règlement ministériel d'application de la Loi sur la santé publique.

Le processus de collecte de renseignements épidémiologiques à la suite d'un résultat d'analyse anti-VIH qui s'avère positif est amorcé par l'intervenant de santé publique affecté à cette tâche au Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ). Il se fait exclusivement à l'occasion d'un entretien téléphonique entre cet intervenant et le médecin ou le professionnel de la santé qui a demandé l'analyse anti-VIH dont le résultat est positif. Le médecin n'a pas à remplir de formulaire.

La collecte de renseignements épidémiologiques sur les cas de sida doit être faite par le médecin ayant posé le diagnostic d'une maladie indicatrice de sida, à l'aide du formulaire SP-100 « [Surveillance du sida à des fins de surveillance continue de l'état de santé de la population](#) », qui peut être obtenu sur le site Web du MSSS.

2.2.3 Le signalement

La Loi sur la santé publique permet exclusivement à un médecin de signaler une menace à la santé de la population provenant d'un agent biologique sexuellement transmissible. La Loi sur la santé publique stipule que :

« Un médecin qui soupçonne une menace à la santé de la population doit en aviser le directeur de santé publique du territoire.

« Les établissements de santé et de services sociaux doivent signaler au directeur de santé publique du territoire les situations où ils ont motifs sérieux de croire qu'il existe une menace à la santé des personnes qui fréquentent leurs installations (art. 93). »

« Les directeurs d'établissements qui constituent des milieux de travail ou des milieux de vie, notamment les entreprises, les établissements d'enseignement, les centres de la petite enfance et autres services de garde, les établissements de détention ou les maisons d'hébergement, peuvent signaler au directeur de santé publique de leur territoire les situations où ils ont des motifs de croire qu'il existe une menace à la santé des personnes qui fréquentent ces endroits. Un professionnel de la santé œuvrant dans un tel établissement peut aussi signaler une telle situation au directeur de santé publique (art. 94). »

« Les signalements faits en vertu des dispositions du présent chapitre ne permettent pas à celui qui l'effectue de dévoiler des renseignements personnels ou confidentiels, à moins qu'après évaluation de la situation, l'autorité de santé publique concernée ne les exige dans l'exercice des pouvoirs prévus au chapitre XI.

« Les dispositions des articles du présent chapitre ne peuvent être utilisées pour permettre à un ministère, un organisme, une municipalité locale, un établissement de santé et de services sociaux, un directeur d'établissement ou un professionnel de la santé, à l'exception d'un médecin, de signaler une menace à la santé de la population provenant d'un agent biologique sexuellement transmissible (art. 95). »

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/professionnels/mado/>].

On peut obtenir des renseignements supplémentaires sur le signalement auprès de la DSP de son territoire.

3 Des règles à respecter

En matière de dépistage des ITSS, comme dans les autres secteurs d'activité, les pratiques des professionnels de la santé doivent respecter diverses règles, et ce, quel que soit le lieu de pratique.

3.1 EN TOUT TEMPS ET EN TOUT LIEU

Pour l'infirmière, quatre conditions sont essentielles pour « initier des mesures diagnostiques à des fins de dépistage dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la Loi sur la santé publique ». Elle doit :

- 1) se conformer au *Guide québécois de dépistage des ITSS* ;
- 2) s'assurer que les activités de dépistage s'inscrivent dans le PAL de santé publique spécifique au territoire où elle travaille ;
- 3) s'assurer, au préalable, de l'existence d'une entente de service pour diriger vers un médecin¹¹ (médecin traitant choisi par la personne ou autre médecin si nécessaire) toute personne symptomatique ou toute personne dont les résultats d'analyses seraient positifs ou indéterminés¹² ;
- 4) être inscrite (nom et numéro de permis) auprès du service de biologie médicale qui effectuera les analyses.

3.2 EN ÉTABLISSEMENT

Étant donné les responsabilités conférées aux établissements et découlant de l'application de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., chapitre S-4.2), le professionnel de la santé qui exerce dans un établissement régi par cette loi est aussi tenu de :

- respecter les règles de soins médicaux, les règles de soins infirmiers, les règles d'utilisation des ressources, les règles d'utilisation des médicaments ainsi que les protocoles et les ordonnances collectives en vigueur dans son établissement à l'égard des analyses de biologie médicale à des fins de dépistage des ITSS ;
- respecter les ententes pour prestation de services de biologie médicale conclues entre son établissement et des laboratoires d'analyses de biologie médicale ;
- respecter les ententes prévues entre son établissement et les ressources du milieu ;
- tenir compte des ententes entre l'établissement où il exerce et la DSP de son territoire pour les situations qui exigent un suivi tel qu'une enquête épidémiologique ou une intervention préventive auprès des partenaires d'une personne atteinte d'une ITS.

Les règles de soins médicaux, élaborées par le chef de département, sont approuvées par le conseil d'administration de l'établissement, sur recommandation du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP).

11. Les infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne peuvent également intervenir dans cette situation. Pour en savoir plus sur leur rôle, consulter le document *Lignes directrices – Pratique clinique de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne – 2^e édition* (OIIQ, 2013).

12. Lorsqu'une ordonnance collective est en vigueur, l'infirmière peut demander des analyses de biologie médicale et envoyer les résultats au médecin désigné dans l'ordonnance collective ou appliquer une ordonnance collective ayant pour but d'amorcer le traitement de l'infection concernée. Voir algorithme 1.

Les règles de soins infirmiers sont élaborées et adoptées par la direction des soins infirmiers, en collaboration avec le Conseil des infirmières et infirmiers et toute autre direction concernée, sous l'autorité du directeur général. Ces règles peuvent préciser, entre autres choses, les analyses de biologie médicale à des fins de dépistage qu'une infirmière peut demander au sein de l'établissement ainsi que les clientèles visées, les services de biologie médicale où s'effectueront les analyses et les modalités à respecter pour orienter une personne vers un médecin.

La direction des soins infirmiers, en concertation avec la direction responsable de la mise en œuvre du PAL en santé publique, doit transmettre au responsable du service de biologie médicale de cet établissement, ou au responsable du service de biologie médicale avec lequel une entente de services a été conclue, la liste des infirmières (nom et numéro de permis) qui demanderont des analyses ou qui procéderont à des prélèvements pour « initier des mesures diagnostiques à des fins de dépistage dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la Loi sur la santé publique ».

En vertu de la Loi sur la santé publique (art. 113), un directeur de santé publique peut autoriser un professionnel - médecin ou infirmière - à exercer certains pouvoirs en son nom. Ainsi mandatée, une infirmière peut, par exemple, à l'occasion d'une enquête épidémiologique, réaliser une intervention préventive auprès des partenaires d'une personne atteinte d'une ITS et des mesures de dépistage d'ITS chez ces partenaires. Dans le cadre de projets spéciaux, une DSP pourrait également embaucher une infirmière pour « initier des mesures diagnostiques à des fins de dépistage dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la Loi sur la santé publique ». Dans ces cas, le directeur de santé publique doit transmettre au responsable du service de biologie médicale avec lequel une entente de services a été conclue, le nom et le numéro de permis de l'infirmière concernée.

3.3 HORS ÉTABLISSEMENT

L'infirmière qui exerce dans le secteur privé de façon autonome et qui désire offrir un dépistage des ITSS avec accès gratuit, pour sa clientèle, aux analyses de biologie médicale du secteur public dans le cadre des programmes régionaux ou locaux de prévention des ITSS devra :

- 1) s'informer du mode d'organisation local des services de dépistage des ITSS auprès de la direction responsable de la mise en œuvre du PAL en santé publique du CSSS de son territoire ;
- 2) établir une entente pour prestation de services de biologie médicale avec un laboratoire serveur et s'informer, auprès de ce laboratoire, des exigences à respecter pour le prélèvement, la conservation et le transport des spécimens.

Si les services que désire offrir l'infirmière s'inscrivent dans les orientations prévues au PAL, la direction responsable de la mise en œuvre du PAL du CSSS devra transmettre le nom et le numéro de permis de l'infirmière au responsable du service de biologie médicale avec lequel une entente de services a été conclue, précisant que cette infirmière est autorisée à « initier des mesures diagnostiques à des fins de dépistage dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la Loi sur la santé publique ».

Les médecins en cabinet privé qui offrent un dépistage des ITSS procèdent de la même façon que pour l'ensemble des analyses qu'ils prescrivent.

Pour obtenir plus de précisions sur les règles de soins, on pourra consulter :

ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC ET ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS AUXILIAIRES DU QUÉBEC, *Règle de soins infirmiers – Orientations pour une utilisation judicieuse de la règle de soins infirmiers*, OIIQ, 2^e trimestre 2005, 84 p.

[http://www.oiiq.org/sites/default/files/203_regle_de_soins_infirmiers.pdf].

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, *Les règles de soins médicaux, un outil de partage*, CMQ, janvier 2009, 39 p.

[<http://www.cmq.org/fr/MedecinsMembres/Profil/Commun/AProposOrdre/Publications/~media/Files/Guides/Guide%20regles%20soins%20medicaux%202009.pdf?81316>].

4 Le consentement

Sans le consentement de la personne ou de son représentant légal, aucun professionnel ne peut effectuer des prélèvements chez une personne, à moins qu'il ne s'agisse d'une situation d'urgence, ce qui n'est jamais le cas dans un contexte de dépistage des ITSS.

Cette obligation est fondée sur les principes de l'inviolabilité et de l'intégrité de la personne et du droit à l'autodétermination.

4.1 UN SOIN REQUIS

En 1994, avec l'entrée en vigueur du nouveau Code civil du Québec, le législateur a introduit une nouvelle catégorisation des soins : les soins requis et les soins non requis par l'état de santé. Puisque les caractéristiques du consentement varient selon la catégorie de soins, il importe de déterminer la catégorie à laquelle appartiennent les analyses de biologie médicale à des fins de dépistage.

Bien que le Code civil du Québec ne définisse pas ces catégories et qu'il n'existe encore aucune jurisprudence sur ce sujet, les analyses de biologie médicale à des fins de dépistage devraient être considérées comme un soin requis. Cela reflète l'opinion juridique du MSSS.

4.2 LA NÉCESSITÉ DU CONSENTEMENT

La nécessité du consentement est clairement énoncée à l'article 11 du Code civil du Québec :

« Nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, quelle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'examen, de prélèvements, de traitements ou de toute autre intervention.

Si l'intéressé est inapte à donner ou à refuser son consentement à des soins, une personne autorisée par la loi ou par un mandat donné en prévision de son inaptitude peut le remplacer. »

Les codes de déontologie précisent les devoirs des professionnels relativement au consentement :

Code de déontologie des infirmières et infirmiers :

« L'infirmière ou l'infirmier doit fournir à son client toutes les explications nécessaires à la compréhension des soins et des services qu'il lui prodigue (art. 40). »

« Lorsque l'obligation d'obtenir un consentement libre et éclairé incombe à l'infirmière ou à l'infirmier, ce dernier doit fournir au client toutes les informations requises (art. 41). »

Code de déontologie des médecins :

« Le médecin doit, sauf urgence, avant d'entreprendre un examen, une investigation, un traitement ou une recherche, obtenir du patient ou de son représentant légal, un consentement libre et éclairé (art. 28). »

« Le médecin doit s'assurer que le patient ou son représentant légal a reçu les explications pertinentes à leur compréhension de la nature, du but et des conséquences possibles de l'examen, de l'investigation, du traitement ou de la recherche qu'il s'apprête à effectuer. Il doit faciliter la prise de décision du patient et la respecter (art. 29). »

4.3 LA VALIDITÉ DU CONSENTEMENT

Pour être valide, le consentement doit être libre et éclairé. Le consentement libre est celui qui est obtenu sans aucune forme de pression, de menace, de contrainte ou de promesse. Il ne doit pas être obtenu lorsque les facultés de la personne ou de son représentant légal sont affaiblies par l'alcool, des sédatifs ou toute autre drogue. Il doit être donné par une personne en pleine possession de ses moyens. Le consentement éclairé est celui qui est obtenu après que l'information pertinente (voir chapitre 9 « Counseling prétest individualisé ») ait été communiquée à la personne concernée ou à son représentant légal.

Les avantages et les inconvénients du dépistage doivent être abordés. Le médecin ou l'infirmière doit s'assurer que la personne ou son représentant légal comprend bien la nature de l'intervention et les inconvénients que comporte l'acceptation ou le refus de procéder au dépistage. Il est essentiel que les explications soient données dans un langage simple et compréhensible pour la personne. Au besoin, on devrait recourir aux services d'interprètes.

La personne doit aussi avoir la possibilité de poser des questions et d'obtenir des réponses satisfaisantes avant de donner son accord au prélèvement.

En ce qui concerne les analyses de biologie médicale à des fins de dépistage, un consentement verbal est suffisant. Toutefois, s'il s'agit d'un enfant de moins de 14 ans accompagné par une personne autre que le titulaire de l'autorité parentale, il faut obtenir le consentement écrit de l'un des parents ou du tuteur avant de procéder au prélèvement. En l'absence de ce consentement écrit, un consentement verbal obtenu par téléphone en présence d'un témoin est acceptable.

Pour s'assurer que le consentement a été donné de façon libre et éclairée, il faut rechercher systématiquement une réponse à chacune des six questions suivantes :

- 1) La personne est-elle apte à donner son consentement?
- 2) La personne a-t-elle reçu l'information relative à l'analyse et à la ou aux infections visées?
- 3) La personne a-t-elle compris l'information relative à l'analyse à des fins de dépistage et à la ou aux infections visées et aux inconvénients encourus par le refus de cette analyse (refus éclairé)?
- 4) La personne a-t-elle des questions à poser?
- 5) La personne a-t-elle reçu des réponses satisfaisantes à ses questions?
- 6) La personne est-elle maintenant d'accord pour que l'on procède à l'analyse?

4.4 LA DURÉE DE LA VALIDITÉ DU CONSENTEMENT

Le Code civil du Québec et la Loi sur les services de santé et les services sociaux ne contiennent pas de dispositions établissant une durée déterminée pendant laquelle un consentement demeure valide.

Le consentement donné au début d'une intervention de dépistage peut être révoqué, même verbalement, en tout temps.

4.5 QUI PEUT DONNER SON CONSENTEMENT?

Outre la personne majeure (18 ans ou plus) apte à consentir aux soins, le Code civil du Québec prévoit que le consentement aux soins requis par l'état de santé peut être donné par :

- le titulaire de l'autorité parentale ou le tuteur d'un mineur (art. 14) ;
- le mineur de 14 ans ou plus (art. 14) ;
- le mandataire, le tuteur ou le curateur d'un majeur inapte (art. 15) ;
- en l'absence de telle représentation, par le conjoint (marié, en union civile ou en union de fait) ou, à défaut de conjoint ou en cas d'empêchement de celui-ci, par un proche parent ou par une personne qui démontre pour le majeur un intérêt particulier (art. 15).

Il faut vérifier si l'accompagnateur d'un enfant mineur peut donner un consentement valable.

Même si le Code civil du Québec précise que le père et la mère exercent ensemble l'autorité parentale (art. 600), le consentement des deux parents n'est pas nécessaire puisque chacun d'eux est titulaire de l'autorité parentale et que le père ou la mère qui accomplit seul un acte d'autorité à l'égard de l'enfant est présumé agir avec l'accord de l'autre (art. 603). Dans le cas où le professionnel est informé que les deux parents diffèrent d'opinion, il appartient au tribunal de prendre la décision (art. 604).

Il faut signaler qu'une personne mineure de moins de 14 ans peut exercer son autorité parentale sur son enfant, en dépit du fait qu'elle ne peut donner son consentement pour elle-même.

5 La documentation des soins

La documentation des soins est inhérente à la pratique de tout professionnel. Plusieurs lois et règlements en vigueur au Québec précisent les règles à suivre quant à la tenue du dossier, l'exactitude de l'information consignée, la confidentialité des renseignements contenus au dossier et l'accès au dossier. En ce qui a trait à la confidentialité, le dépistage des ITSS présente une particularité : les analyses peuvent être demandées de façon nominative, non nominative ou anonyme.

5.1 LA DOCUMENTATION DES SOINS INFIRMIERS

La documentation des soins infirmiers consiste à consigner au dossier de la personne une information pertinente, exacte et complète sur l'évolution de son état de santé, les interventions planifiées et réalisées ainsi que les résultats obtenus. La documentation des soins soutient la pratique professionnelle ; elle contribue à la continuité des soins et elle constitue un apport à l'évaluation de la qualité des soins dans une perspective d'amélioration continue.

L'infirmière est tenue :

- lorsqu'elle exerce en pratique privée, de constituer et de tenir un dossier pour chacun de ses clients, sauf lorsqu'elle lui fournit un service déterminé et ponctuel (p. ex. : un prélèvement sanguin). Dans ce cas, le service professionnel doit être inscrit dans un registre. Dans les établissements publics, l'infirmière peut inscrire les renseignements requis dans le dossier tenu par l'établissement ;
- d'inscrire des données exactes, signées ou identifiées, au dossier de chaque personne qui a reçu les soins ou, le cas échéant, dans un dossier de groupe ou un registre ;
- de donner accès à son dossier à la personne qui a reçu les soins, selon certaines modalités.

5.2 LE DOSSIER MÉDICAL

Le médecin doit constituer et maintenir un dossier médical pour toute personne qui le consulte. Le dossier médical vise plusieurs objectifs, dont les suivants : il sert d'aide-mémoire pour le médecin et d'outil de communication ; il est le reflet des compétences du médecin ; il constitue un élément de protection juridique, tout en attestant des services rendus et en servant à l'enseignement et à la recherche.

5.3 LES DROITS DE L'USAGER

La personne utilisatrice des services de santé :

- a droit à la confidentialité des renseignements nominatifs inclus à son dossier ;
- a accès à son dossier selon certaines modalités ;
- n'a pas accès aux renseignements contenus à son dossier et fournis par un tiers, à moins que ce dernier n'ait consenti à leur divulgation ;
- doit donner son consentement pour qu'une personne autre que celles qui sont autorisées par la loi ait accès à des renseignements nominatifs contenus à son dossier.

5.4 LES DEMANDES D'ANALYSES NOMINATIVES, NON NOMINATIVES OU ANONYMES

Il est possible d'obtenir une analyse à des fins de dépistage des ITSS selon l'une ou l'autre des modalités suivantes : nominative, non nominative ou anonyme. Le MSSS a défini ces trois types d'analyses.

L'analyse **nominative** est celle qui est demandée par un professionnel de la santé et pour laquelle apparaissent des données nominatives (nom, numéro d'assurance maladie ou autres) sur le formulaire de demande. Le résultat de cette analyse est consigné au dossier de la personne et il est soumis aux règles de confidentialité qui régissent les renseignements consignés à un dossier. Il s'agit de la seule modalité qui permet au dirigeant d'un laboratoire de faire la déclaration à la DSP d'une maladie visée par le Règlement ministériel d'application de la Loi sur la santé publique.

L'analyse **non nominative** est celle qui est demandée par un professionnel de la santé et pour laquelle aucune donnée « nominative » n'apparaît sur le formulaire de demande. Toutefois, le professionnel de la santé qui demande l'analyse doit y inscrire un identifiant de son choix qui lui permettra de savoir à qui se rattache le résultat et ainsi de s'assurer que ce résultat puisse être transmis à la bonne personne. Ce résultat non nominatif est consigné au dossier de la personne qui a subi l'analyse et est soumis aux règles de confidentialité qui régissent les renseignements consignés à un dossier.

L'analyse **anonyme** est celle pour laquelle aucune mention n'est inscrite au dossier médical. Dans les services intégrés de dépistage et de prévention (SIDEp), auparavant appelés « centres de dépistage anonyme », la personne qui demande une analyse de dépistage n'a l'obligation de fournir ni son nom ni son numéro d'assurance maladie. Il s'agit des seuls endroits au Québec où il est permis d'offrir des analyses de façon totalement anonyme et cette modalité doit être considérée comme une mesure d'exception. Lorsque le résultat de l'analyse est positif ou indéterminé, la personne est dirigée vers le réseau de la santé pour un suivi médical qui, lui, ne peut être effectué de façon anonyme.

On peut trouver plus de détails à ce sujet en consultant les documents suivants :

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX ET CENTRE QUÉBÉCOIS DE COORDINATION SUR LE SIDA. *Le dépistage anonyme du VIH : vers des services intégrés de dépistage du VIH, des MTS et des hépatites virales*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001, p. 5 et 16.

Site Web du MSSS : [[http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/preventioncontrle/03-268-03-p1.pdf](http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/preventioncontrrole/03-268-03-p1.pdf)], document intitulé *Déclaration, par les laboratoires, des infections transmissibles sexuellement et par le sang décelées dans les spécimens transmis par les services intégrés de dépistage et de prévention des ITSS*.

5.5 LE CONTENU DU DOSSIER

Un modèle de formulaire de collecte de données incluant un volet pour la première visite et un autre pour la visite de suivi est proposé aux professionnels qui effectuent des interventions de dépistage des ITSS¹³. Cet outil peut servir de guide pour évaluer l'état de santé de la personne, déceler les facteurs de risque et consigner les interventions planifiées ou réalisées. Il favorise la continuité des soins. Ce modèle a été conçu afin de permettre une intervention de qualité et de recueillir l'ensemble des renseignements nécessaires à la poursuite de l'intervention. Dans le cadre des interventions de dépistage, son utilisation est recommandée¹⁴.

13. Voir annexe IV : révision en cours

14. On trouvera à l'annexe V un guide d'utilisation de ce formulaire : révision en cours

Les règles générales applicables aux **professionnels** dans le domaine de la constitution de dossiers et de la divulgation de renseignements qui y sont contenus sont prévues aux lois et règlements suivants :

- Charte des droits et libertés de la personne (L.R.Q., c. C-12, art. 5 et 9) ;
- Code civil du Québec (L.Q., 1991, c. 64, art. 35, 37, 41) ;
- Code des professions (L.R.Q., c. C-26, art. 60.4, 60.5, 60.6).

Les règles applicables plus spécifiquement aux **médecins et aux infirmières** qui exercent dans le réseau de la santé et des services sociaux se retrouvent dans les lois et règlements suivants :

- Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS), (L.R.Q., c. S-4.2, art. 17 à 28) ;
- Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements (R.R.Q., c. S-5, r. 5) art. 20 à 23, 45 et 50 à 65 ;
- Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels, (L.R.Q., c. A-2.1, art. 53 à 62) ;
- Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé (L.R.Q., c. P-39.1, art. 10 et suivants) ;
- Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives (projet de loi n° 83, sanctionné le 30 novembre 2005 et devenu le chapitre 32 des lois de 2005).

Les règles générales applicables aux **infirmières**, quel que soit leur lieu d'exercice, figurent dans le :

- Code de déontologie des infirmières et infirmiers (R.R.Q., c. I-8, r. 9) art. 14, 31 à 36, 59 à 67.

Le règlement qui suit s'adresse plus spécifiquement aux **infirmières dans le secteur privé** :

- Règlement sur les effets, les cabinets de consultation et autres bureaux des membres de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (R.R.Q., c. I-8, r. 14) art. 2, 3, 9, 10.

L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec a publié, en 2013, *Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières*, 127 p.

On pourra également consulter le site Web l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec : [\[http://www.oiiq.org\]](http://www.oiiq.org).

Le **médecin** doit également respecter les règles prévues, notamment dans :

- la Loi médicale (L.R.Q. c. M-9) ;
- le Code de déontologie des médecins (R.R.Q., c. M-9, r. 17) ;
- le Règlement sur les dossiers, les lieux d'exercice et la cessation d'exercice d'un médecin (R.R.Q., c. M-9, r. 20.3) ;
- le Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin (R.R.Q., c. M-9, r.25) ;

Le Collège des médecins du Québec a publié plusieurs guides d'exercice afin d'informer les médecins sur le sens à donner aux articles de ces règlements. Accessoirement, les autres professionnels intéressés sont également informés des orientations retenues lors de l'adoption de ces règlements. Voici les titres des principaux guides :

- *Les ordonnances faites par un médecin. Guide d'exercice* (mai 2005) ;
- *L'accès aux renseignements personnels contenus dans le dossier médical constitué par le médecin exerçant en cabinet* (2007) ;
- *La rédaction et la tenue des dossiers par le médecin en milieu extrahospitalier* (2013) ;
- *L'organisation des lieux et la gestion des dossiers médicaux en milieu extrahospitalier et autres obligations connexes prévues par le Règlement sur les dossiers, les lieux d'exercice et la cessation d'exercice d'un médecin* (2013).

Ces documents sont disponibles sur le site Web du Collège des médecins du Québec : [\[http://www.cmq.org\]](http://www.cmq.org).

6 Les aspects éthiques

Comme pour toute autre intervention en santé publique, des principes éthiques doivent guider les activités de dépistage des ITSS et l'intervention préventive qui les complète. Les valeurs et les principes éthiques proposés ici – largement inspirés de ceux qui sont inscrits au *Programme national de santé publique 2003-2012* — constituent des orientations et des attitudes à privilégier ou des règles à respecter.

Ces valeurs et ces principes peuvent sembler aller de soi, mais ils ne sont pas toujours faciles à appliquer dans le cadre d'une intervention particulière. L'équilibre entre bien commun et droits individuels est souvent précaire. Il représente parfois un véritable dilemme.

6.1 UN ÉQUILIBRE FRAGILE

L'approche populationnelle de santé publique induit une tension constante entre le respect des droits individuels et la valorisation, voire la défense du bien commun et des intérêts collectifs. 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 citoyens¹⁵ », 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 face à ses citoyens) et une dimension individuelle (responsabilité des citoyens face à la communauté et aux autres citoyens) ; c'est une « responsabilité partagée ». Le respect de l'autonomie de la personne, le respect de la vie privée et le respect de la confidentialité sont des repères éthiques permettant de considérer les conséquences possibles (p. ex. : la stigmatisation de la personne) des décisions à prendre et de porter attention aux groupes vulnérables. La prise en compte des différents sous-groupes concernés est elle-même liée à la valeur de justice. Enfin, l'intervention de santé publique 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 considérer dans l'analyse de la dimension éthique des décisions à prendre.

Concrètement, alors que le respect de certains principes (consentement éclairé, confidentialité, respect de l'autonomie) semble aller de soi, dans certaines situations, les principes et valeurs éthiques paraissent plutôt s'opposer.

- Le dépistage des ITSS chez des personnes à risque d'être infectées qui permet le traitement et évite les complications peut parfois avoir des conséquences (sociales, psychologiques ou familiales) négatives pour l'individu : anxiété face à un résultat positif, vengeance d'un partenaire offensé, violence conjugale, etc.
- Au nom du bien commun, de la responsabilité ou de la solidarité, on incite la personne infectée à collaborer à une démarche pouvant comporter certaines contraintes pour elle (p. ex. : notification de ses partenaires, adoption de pratiques sexuelles sécuritaires).

15. Raymond MASSÉ, *Cadre de référence sur les enjeux éthiques en santé publique*, résumé d'un texte paru dans Raymond MASSÉ, *Éthique et santé publique*, Sainte-Foy, Presses de l'Université Laval et Bruxelles, De Boeck, 2003, 19 p.

- Le professionnel peut être confronté au refus de la personne atteinte d'aviser ses partenaires : le droit à la vie privée de l'un se trouve confronté à la recherche du bien commun, aux droits à l'information et à la santé des autres.
- Le professionnel pourrait avoir tendance à appliquer mécaniquement le présent guide. Or, le respect de la dignité humaine exige que chacun soit traité comme une « personne unique ». Le respect de la dignité humaine se manifeste dans l'écoute attentive des forces, des vulnérabilités, des peurs, des anxiétés et des espoirs de chaque personne.
- Le professionnel peut être confronté à une personne dont les valeurs sont différentes des siennes. Il doit éviter de la juger, accepter ses limites et ses choix et respecter son mode de vie.

6.2 DES CRITÈRES INCONTOURNABLES

L'intervention de dépistage des ITSS nécessite que le professionnel trouve à chaque fois un juste équilibre entre ces différentes valeurs. Même si le présent guide s'inscrit dans une perspective d'intérêt public, soit la prévention de la propagation des ITSS parmi la population, l'intervention comme telle se réalise sur une base individuelle ; elle exige donc un ajustement au cas par cas. Pour être réussi, ce type d'intervention doit être fondé sur la confiance mutuelle et sur le respect. Certains aspects de l'intervention constituent une base commune incontournable.

- La participation volontaire à la démarche de dépistage, sans coercition et sans préjudice :
Les personnes auxquelles un dépistage est proposé doivent être en mesure de donner leur consentement éclairé (s'assurer que l'individu connaît la langue, communiquer l'information nécessaire de façon claire et accessible) et doivent pouvoir coopérer librement à l'intervention proposée.
Les personnes visées doivent avoir accès à l'ensemble des services disponibles, indépendamment de leur acceptation ou leur refus de coopérer à l'intervention proposée.
- Le respect rigoureux de la confidentialité des renseignements recueillis et de la finalité pour laquelle ils sont recueillis :
Les renseignements recueillis aux fins du dépistage des ITSS ne doivent servir qu'à cette fin. Une utilisation secondaire, par exemple à des fins de recherche, doit respecter les lois, règlements et processus en vigueur.
- Le respect de l'autonomie de la personne :
Pour favoriser la modification de ses comportements à risque, on doit procurer à la personne les outils qui l'aideront à faire sa propre démarche, dans le respect de ses choix. Par exemple, l'approche de réduction des méfaits permet de respecter le choix de l'individu de consommer des drogues tout en lui donnant l'information nécessaire pour en réduire les effets négatifs sur sa santé.
- La qualité de l'intervention :
Le dépistage des ITSS doit être réalisé par des professionnels qualifiés, formés spécifiquement pour offrir ce type de service. L'intervention doit respecter les principes éthiques, le cadre légal et les composantes cliniques énoncés dans le présent guide.

La responsabilité de la santé publique inclut celle de mettre en place des mesures visant à limiter la propagation des infections dans l'ensemble de la communauté. Le service de dépistage doit être considéré comme l'une des composantes d'un ensemble d'activités en matière de prévention des ITSS.

- Il doit faire partie intégrante d'un programme global de santé publique et de prévention des ITSS (surveillance, promotion, protection, etc.) qui rend accessibles les moyens de prévention requis pour que chacun soit en mesure de prendre sa santé en charge et d'adopter des comportements plus sécuritaires.
- Il doit être coordonné aux soins de santé primaires et aux autres activités de santé publique (diagnostic, accessibilité des traitements, etc.).
- Il doit prévoir l'accès aux services de soutien appropriés (traitement, counseling, soutien psychosocial) pour les personnes infectées ainsi que pour leurs partenaires sexuels.

6.3 DES REPÈRES

La confrontation de diverses convictions, options ou justifications tout aussi défendables les unes que les autres peut être génératrice de conflits. Le recours aux principes et aux valeurs éthiques donne des repères pour reconnaître ces conflits, les examiner selon différentes perspectives et les résoudre.

On peut présenter un enjeu éthique comme un ensemble de questions suscitées par la nécessité, pour un acteur d'un domaine ou d'une pratique, de faire un choix entre des possibilités d'action exprimant des valeurs différentes et ayant des conséquences différentes. Un enjeu éthique implique donc des acteurs (individuels ou institutionnels), des valeurs (collectives ou individuelles), des choix à faire et des décisions à prendre parmi plusieurs possibilités d'action, ainsi qu'une réflexion sur les conséquences probables de chaque possibilité¹⁶.

Dans le cadre des activités de dépistage, les situations comme celles-ci, par exemple, peuvent se présenter :

- un jeune de moins de 14 ans qui a des comportements à risque demande un dépistage mais refuse que l'on avise ses parents ;
- à l'occasion d'une activité de dépistage dans les bars, une personne consent à des analyses de détection des ITSS alors que ses facultés sont affaiblies par l'alcool ou les drogues.

Le professionnel doit apprendre à déceler ces dilemmes. Il doit pouvoir en discuter. Il doit connaître les ressources disponibles au sein de son établissement ou de sa région qui seront en mesure de l'éclairer et de le soutenir. Les établissements qui offrent des services de dépistage doivent prévoir des mesures de soutien pour leurs professionnels confrontés à de telles situations. Le professionnel doit aussi tenir compte des repères sociaux existants, par exemple dans les lois, pour résoudre ces dilemmes éthiques. La Loi sur la santé publique prévoit déjà des dérogations à la confidentialité dans le cas des MADO ; mais elle les encadre pour minimiser le plus possible l'atteinte aux droits des individus. Sans remplacer la réflexion, ces repères peuvent aider aussi bien l'intervenant que la personne visée à trouver « la meilleure solution dans les circonstances ».

16. Définition proposée par le Conseil de la santé et du bien-être dans le cadre d'une enquête réalisée en 2004.

Sur les dimensions éthiques de l'action en santé publique, les auteurs du présent guide se sont largement inspirés des ouvrages suivants :

BOUTHILLIER, Lynda (avec la collaboration de France FILIATRAULT). *Repères pour une réflexion éthique en surveillance continue de l'état de santé de la population*, mai 2003, 12 p.
[<http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/cesp.html>].

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Les infections transmissibles sexuellement à déclaration obligatoire : Protocole d'intervention*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, mars 2004, p. 29.

MASSÉ, Raymond (avec la collaboration de Jocelyne Saint-Arnaud). *Éthique et santé publique*, Québec, Presses de l'Université Laval, 2003, 413 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Programme national de santé publique 2003-2012*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003, p. 19-21.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Programme québécois d'intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une infection transmissible sexuellement et auprès de leurs partenaires*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004, p. 27-28.

DEUXIÈME PARTIE
INTERVENTION DE DÉPISTAGE DES ITSS

« Le dépistage renvoie à l'exécution d'une analyse chez des personnes asymptomatiques à l'égard d'une maladie spécifique en tenant compte du niveau de risque qu'elles aient contracté cette maladie. L'intervention de dépistage en elle-même ne permet pas de poser le diagnostic d'une maladie. Les personnes pour lesquelles le résultat de l'analyse s'avère positif sont orientées afin qu'une investigation complémentaire soit effectuée et que la présence de la maladie soit confirmée¹⁷. »

Cette activité est une occasion d'amorcer les interventions préventives auprès de la personne à risque et auprès des partenaires de la personne infectée. Pour les fins du présent document, l'ensemble des actions entourant le dépistage sera appelé « intervention de dépistage ».

L'intervention de dépistage doit permettre d'établir la nature de la demande de la personne qui consulte, de déceler ses facteurs de risque de contracter une ITSS et de planifier ou de réaliser une ou plusieurs interventions de prévention individualisées.

Les critères généraux justifiant le dépistage d'une affection sont les suivants :

- problème de santé important ;
- prévalence élevée de la maladie dans le groupe visé ;
- évolution naturelle de la maladie bien connue ;
- durée de la phase asymptomatique suffisante pour permettre d'effectuer un dépistage ;
- traitement efficace disponible ;
- traitement précoce apportant des avantages par rapport à un traitement tardif ;
- examen de dépistage valide, fiable et acceptable ;
- critères précis permettant de déterminer auprès de qui doit se faire le dépistage.

Suivant ces critères, dans le cadre du présent guide, les ITSS suivantes peuvent faire l'objet de dépistage, en fonction de l'évaluation du risque et des indications décrites dans les sections qui suivent :

- **l'infection gonococcique ou infection à *Neisseria gonorrhoeae* ;**
- **l'infection à *Chlamydia trachomatis* ou chlamydie génitale ;**
- **la syphilis ou infection par *Treponema pallidum* ;**
- **l'hépatite B ou infection par le virus de l'hépatite B (VHB) ;**
- **l'hépatite C ou infection par le virus de l'hépatite C (VHC) ;**
- **l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH).**

Pour simplifier le texte, les noms utilisés pour désigner ces infections seront ceux qui ont été retenus dans le Règlement ministériel d'application de la Loi sur la santé publique (c. S-2. 2. r.2).

17. Traduction libre d'un extrait de : Charles H. HENNEKENS et Julie E. BURING. *Epidemiology in Medicine*, SL Mayrent éditeur, 1987, p. 327.

Il n'y a actuellement aucune indication de dépistage des affections génito-urinaires suivantes :

- la lymphogranulomatose vénérienne¹⁸ ou infection par les sérotypes de *Chlamydia trachomatis* L1, L2 et L3 ;
- le granulome inguinal ou infection par *Klebsiella granulomatis* (autrefois appelée *Calymmatobacterium granulomatis*) ;
- le chancre mou ou infection par *Haemophilus ducreyi* ;
- la vaginose bactérienne (*Gardnerella vaginalis* et autres bactéries anaérobies) ;
- l'infection vaginale par *Candida albicans* et autres levures ou vaginite à *Candida* ;
- l'infection vaginale par *Trichomonas vaginalis* ou trichomonase ;
- l'infection par les diverses espèces de *Mycoplasma sp.* (urétrite, vaginite, etc.) ;
- l'infection par les diverses espèces d'*Ureaplasma sp.* (urétrite, vaginite, etc.) ;
- l'infection par les virus du papillome humain (VPH) ;
- les infections génitales par les virus de l'*Herpes simplex* (VHS) de type 1 ou 2.

Les composantes de l'intervention de dépistage des ITSS sont :

1. la recherche systématique de facteurs de risque de contracter une ou plusieurs ITSS et l'évaluation du niveau de risque que présente la personne ;
2. l'évaluation des indications de dépistage et des besoins de la personne ;
3. le counseling prétest individualisé ;
4. le prélèvement, la conservation et le transport des spécimens selon les méthodes appropriées ;
5. la communication des résultats et le counseling post-test individualisé, quels que soient les résultats des analyses : positifs, négatifs ou indéterminés ;
6. l'orientation de la personne pour un suivi médical ou psychosocial, selon ses besoins.

Chacune de ces composantes sera décrite dans les chapitres qui suivent.

Pour déterminer les critères généraux justifiant le dépistage d'une affection, les auteurs se sont inspirés des ouvrages suivants :

- DABIS, François, Jacques DRUCKER et Alain MOREN. *Épidémiologie d'intervention*, éditions Arnette, Paris, 1992, p. 391-410.
- ROTHMAN, Kenneth J. et Sander GREENLAND. *Modern Epidemiology: Second edition*, Lippincott, Williams & Wilkins, 1998, p. 499-518.
- AUBIN, Michèle, Clément BEAUCAGE et Denis LALIBERTÉ (sous la direction de Clément BEAUCAGE et Yv BONNIER VIGER). *Épidémiologie appliquée*, Montréal, Gaëtan Morin éditeur, 1996, p. 451-458.

18. Il n'y a pas d'indication de dépistage de cette infection chez les personnes asymptomatiques, à l'exception des partenaires de personnes atteintes d'une lymphogranulomatose vénérienne.

7 La recherche des facteurs de risque et l'évaluation du niveau de risque pour la personne¹⁹

La recherche des facteurs de risque et l'évaluation du niveau de risque permettent au professionnel de :

- vérifier si un dépistage est indiqué ;
- déterminer quelles ITSS seront recherchées ;
- déterminer quelles analyses à des fins de dépistage il convient de demander ;
- orienter le counseling selon les besoins de la personne.

Les facteurs de risque présentés ci-après tiennent compte de données scientifiques et des données épidémiologiques québécoises. Certains facteurs de risque sont associés aux ITSS en général, alors que d'autres sont associés plus spécifiquement à une ou à des ITSS. Dans l'évaluation du niveau de risque pour la personne, il faudra tenir compte, entre autres, de l'évolution des données épidémiologiques et des comportements de la personne concernée.

7.1 LES FACTEURS DE RISQUE ASSOCIÉS AUX ITSS

- Caractéristiques sociodémographiques

Les caractéristiques sociodémographiques suivantes sont associées à un risque plus élevé de contracter une ITSS :

- personne âgée de 25 ans et moins ;
- personne originaire d'une région où les ITS bactériennes²⁰, le VIH, le VHB ou le VHC sont endémiques²¹ ;
- personne résidant dans les régions des Terres-Cries-de-la-Baie-James ou du Nunavik ;
- personne incarcérée ou l'ayant été.

- Consommation d'alcool ou de drogues

La consommation d'alcool ou de drogues peut affecter la capacité de la personne à adopter des comportements sécuritaires, surtout si la consommation se produit avant ou pendant l'activité sexuelle.

Le partage de drogue ou de matériel de préparation, d'injection ou d'inhalation est associé à un risque de transmission des hépatites B et C et du VIH.

19. Le présent chapitre se base principalement sur le *Rapport du sous-comité Facteurs de risque et infections transmissibles sexuellement et par le sang à rechercher* (INSPQ, à paraître).

20. Si la personne est ou a été sexuellement active.

21. Quand on observe des prévalences et des incidences élevées d'ITSS dans une région, elle est alors dite *endémique*. Les personnes qui habitaient dans de telles régions et qui ont immigré présentent un risque accru d'avoir été infectées dans leur pays d'origine. Le risque de contracter ces infections demeure présent après l'immigration : voyage dans le pays d'origine, réseau sexuel, normes culturelles, etc. La liste des régions fortement touchées par les ITSS est présentée à l'annexe X.

- Comportement sexuel

Plusieurs comportements sexuels augmentent les risques de transmission d'une ITSS. Voici ces principaux comportements :

- relations sexuelles avec un nouveau partenaire ou plus d'un partenaire concurremment ;
- relations sexuelles avec des partenaires anonymes²² (en particulier, personnes rencontrées dans des lieux de rencontres sexuelles immédiates – p. ex. : sex-clubs, saunas, parcs, clubs échangistes –, dans des bars, sur Internet ou sur les médias sociaux) ;
- relations sexuelles avec une personne atteinte d'une ITSS ;
- relations avec des partenaires sexuels multiples, soit plus de trois au cours de la dernière année²³ ;
- utilisation non systématique ou inadéquate du condom (ou d'autres méthodes barrières) pour des relations sexuelles vaginales, anales ou orales ;
- échange de relations sexuelles contre de l'argent, des drogues, des cadeaux ou d'autres faveurs (p. ex. : un travailleur ou une travailleuse du sexe et ses clients) ;
- relations sexuelles entre hommes (homme ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes : HARSAH) ;
- relations sexuelles avec un ou des partenaires sexuels présentant l'un ou l'autre des facteurs de risque indiqués dans la présente section.

- Autres facteurs de risque

Outre les caractéristiques sociodémographiques, la consommation d'alcool ou de drogue et les comportements sexuels, il existe d'autres facteurs de risque.

- Exposition à du sang ou à d'autres liquides biologiques :
 - tatouage ou perçage dans des conditions non stériles ;
 - exposition dans le contexte du travail (p. ex. : piqûre avec une aiguille ou une seringue souillée) ;
 - exposition dans un contexte non professionnel (p. ex. : morsure ou piqûre avec une aiguille ou une seringue à la traîne) ;
 - procédures médicales avec du matériel possiblement contaminé dans des régions où la prévalence des infections est élevée ;
 - transfusion de sang ou de produits sanguins, greffe de cellules, de tissus ou d'organe, selon l'année et le pays où les produits ont été reçus.
- Antécédents d'ITSS :
 - si une personne a déjà contracté une ITSS, cela suggère qu'elle ait pu prendre des risques antérieurement ; la situation de cette personne justifie une intervention préventive adaptée pour vérifier la persistance ou non de comportements à risque.

22. Par « partenaires sexuels anonymes », on entend les partenaires qui sont peu connus de la personne en cause. Cela signifie que cette dernière ne connaît rien de leurs caractéristiques ou qu'elle en connaît peu (p. ex. : habitudes de vie, statut sérologique). Il arrive également qu'elle ne connaisse pas leurs coordonnées.

23. Dans la littérature scientifique, il n'y a pas consensus concernant le nombre de partenaires pouvant indiquer un risque accru d'ITSS. En l'absence de données probantes, un seuil de plus de trois partenaires sexuels dans la dernière année pourrait représenter un indicateur de risque et justifier un dépistage indépendamment des autres facteurs de risque. Ce seuil peut être modulé en fonction de l'infection considérée et de la prévalence dans le groupe d'âge visé, de même que dans une région ou un milieu donné.

Les personnes qui cumulent des facteurs de risque pourraient présenter un risque accru de contracter une ITSS (p. ex. : jeune de la rue âgé de 25 ans et moins ayant eu plus de trois partenaires sexuels au cours de la dernière année).

7.1.1 Les réseaux sexuels et sociaux et les noyaux de transmetteurs²⁴

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

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

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

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

- la monogamie exclusive, qui désigne une relation exclusive entre deux partenaires dans un temps donné, habituellement sur une longue période ;
- la monogamie sérielle, qui fait référence à plusieurs relations exclusives se succédant dans le temps sans qu'il y ait de chevauchement ;
- les relations concomitantes, qui qualifient les relations non exclusives avec plusieurs partenaires, simultanément (relation sexuelle à plusieurs) ou non (passage d'une relation à une autre ou relation extraconjugale). Les relations concomitantes favorisent la transmission des ITSS. Sans que le nombre de partenaires soit très élevé, quelques relations concomitantes suffisent pour propager une épidémie. Ce type de relations est l'élément-clé d'un réseau sexuel de transmission des ITSS.

Un ensemble d'individus reliés par des réseaux sociaux ou sexuels et qui ont des comportements à risque constitue un **noyau de transmetteurs**. Le taux d'infection dans un noyau de transmetteurs est élevé. Le risque de co-infection et de réinfection y est supérieur à la moyenne. Les noyaux de transmetteurs (*core group*) permettent à l'infection de persister dans une population. La présence d'ITSS à répétition chez une personne donnée indique généralement que celle-ci a des comportements à risque et qu'elle se situe dans un noyau de transmetteurs.

24. Source : MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Guide d'intervention – Les infections transmissibles sexuellement à déclaration obligatoire*, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2014, p. 36 à 38, [En ligne]. [\[http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/e405f34686c1b3bc85257cb500494a83?OpenDocument\]](http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/e405f34686c1b3bc85257cb500494a83?OpenDocument).

7.1.2 Les victimes d'agression sexuelle

Bien que les victimes d'agression sexuelle risquent d'avoir contracté une ITSS, l'évaluation de leur état nécessite le plus souvent une expertise particulière, tant pour les aspects psychosociaux que pour les aspects médicolégaux de l'intervention. Ces personnes requièrent des soins qui dépassent le cadre des activités découlant de l'application de la Loi sur la santé publique ; elles devraient donc être orientées vers le centre désigné pour l'intervention médicosociale auprès des victimes d'agression sexuelle de leur région²⁵.

7.2 LES FACTEURS DE RISQUE SPÉCIFIQUES SELON L'ITSS

Les facteurs de risque décrits à la section précédente sont associés à plusieurs ITSS. Une façon complémentaire d'évaluer le risque consiste à rechercher les facteurs de risque particuliers à chacune des infections.

- Infection à *Chlamydia trachomatis*

L'infection à *Chlamydia trachomatis* est la plus fréquente de toutes les ITSS pour lesquelles un dépistage est indiqué. Elle est si fréquente que le fait d'avoir un nouveau partenaire ou d'avoir plus d'un partenaire concurremment constitue un facteur de risque de contracter cette infection.

De plus, en raison de la prévalence élevée de l'infection dans les groupes suivants, les personnes qui en font partie présentent davantage de risques de contracter une infection à *Chlamydia trachomatis*, et ce, indépendamment d'autres facteurs de risque :

- les femmes et les hommes²⁶ de 25 ans et moins, actifs sexuellement, incluant les jeunes de la rue ;
- les HARSAH ;
- les travailleurs et travailleuses du sexe et leurs clients.

Les personnes qui ont eu une infection à *Chlamydia trachomatis* ou une infection gonococcique présentent également plus de risques de contracter une infection à *Chlamydia trachomatis* au cours des mois qui suivent le traitement de leur infection.

- Infection gonococcique

L'incidence de l'infection gonococcique augmente au Québec, et ce, davantage chez les jeunes femmes. Les hommes demeurent plus touchés par l'infection gonococcique que les femmes, mais la hausse est moins significative chez eux.

25. On trouvera les coordonnées du centre désigné et des organismes d'aide de chaque région à l'adresse suivante : [http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sociaux/agression_sexuelle/index.php?aide-aux-victimes] ou dans le *Guide d'intervention médicosociale – pour répondre aux besoins des victimes d'agression sexuelle*, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 2001, révision avril 2010, Troisième partie : Intervention médicosociale, étape 6, annexe 1 : [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2011/11-850-01.pdf>].

26. Même si l'incidence de l'infection est moins élevée chez les hommes de 25 ans et moins que chez les femmes du même âge, elle demeure quand même élevée. Ceux-ci peuvent agir comme un relais de transmission justifiant le dépistage.

Pour les femmes et les hommes, avoir un nouveau partenaire ou plus d'un partenaire concurremment constitue un facteur de risque²⁷.

De plus, notamment en raison de la prévalence élevée de l'infection dans les groupes suivants, les personnes qui en font partie présentent davantage de risques de contracter une infection gonococcique :

- les femmes et les hommes²⁷ de 25 ans et moins, actifs sexuellement, incluant les jeunes de la rue ;
- les personnes de 25 ans et moins résidant dans les régions des Terres-Cries-de-la-Baie-James ou du Nunavik ;
- les HARSAH ;
- les travailleurs et travailleuses du sexe et leurs clients.

Les personnes qui ont eu une infection gonococcique présentent également plus de risques de contracter une nouvelle infection gonococcique au cours des mois qui suivent le traitement de leur infection.

- Syphilis

La syphilis est en augmentation et touche particulièrement les HARSAH. Elle augmente aussi chez les femmes et chez les jeunes. Chez les jeunes, elle se concentre chez ceux qui présentent des facteurs de risque.

En raison, notamment, de la prévalence élevée de l'infection dans les groupes suivants, de leurs comportements ou de leurs habitudes de vie, les personnes qui en font partie présentent davantage de risques de contracter la syphilis :

- les personnes originaires d'une région où l'infection est endémique ;
- les HARSAH ;
- les travailleurs et travailleuses du sexe et leurs clients.

- Hépatite B

L'hépatite B est en diminution constante depuis l'entrée en vigueur, en 1994, de programmes de vaccination gratuite. Des éclosions demeurent néanmoins possibles dans les groupes non vaccinés.

En raison, notamment, de la prévalence élevée de l'infection dans les groupes suivants, de leurs comportements ou de leurs habitudes de vie, les personnes qui en font partie présentent davantage de risques de contracter l'hépatite B :

- les personnes originaires d'une région où l'infection est endémique ou y ayant reçu des soins de santé ;
- les HARSAH ;

27. Ce facteur de risque n'est toutefois pas retenu comme une indication justifiant le dépistage chez les jeunes hommes parce que :

- la présence de symptômes urétraux chez les hommes atteints est fréquente et amène ceux-ci à consulter rapidement ;
- les hommes asymptomatiques et ne présentant aucun facteur de risque sont peu nombreux et peuvent être joints par l'intervention préventive auprès de personnes atteintes et auprès de leurs partenaires ;
- les conséquences d'une infection gonococcique non traitée chez l'homme sont moindres que chez la femme.

- les travailleurs et travailleuses du sexe et leurs clients ;
- les utilisateurs de drogues par injection ou par inhalation ;
- les personnes incarcérées ;
- les personnes en hémodialyse.

Les situations suivantes sont également associées à un risque plus grand de contracter l'hépatite B :

- exposition à du sang ou à d'autres liquides biologiques potentiellement contaminés²⁸ (p. ex. : tatouage ou perçage dans des conditions non stériles, exposition accidentelle en milieu de travail, exposition dans un contexte non professionnel) ;
- contacts sexuels avec une personne atteinte d'hépatite B ou fréquentation du même milieu de vie (p. ex. : domicile, garderie, institution pour personnes ayant une déficience intellectuelle) qu'une personne atteinte d'hépatite B ;
- vaccination incomplète ou absence de vaccination contre l'hépatite B (cette situation concerne les personnes qui n'ont pas été rejointes par les programmes de vaccination ou qui sont nées avant les cohortes visées par le programme de vaccination²⁹ contre l'hépatite B en milieu scolaire, soit les personnes nées avant 1985).

- Hépatite C

L'hépatite C touche principalement les utilisateurs de drogues par injection (UDI), incluant ceux ayant déjà utilisé des drogues par injection et ce, même si une seule fois. La transmission sexuelle chez les couples hétérosexuels est rare. Par contre, la transmission sexuelle chez les HARSAH vivant avec le VIH a été clairement établie. Dans ce groupe, la transmission est associée :

- à des pratiques sexuelles où le risque de contact sang à sang ou de lésions des muqueuses est plus élevé (p. ex. : insertion du poing dans l'anus : *fisting*) ;
- aux relations sexuelles anales non protégées ;
- à la présence d'ITS ulcéraives.

À ce jour, les HARSAH non infectés par le VIH n'ont pas été identifiés comme un groupe où le risque de transmission sexuelle de l'hépatite C est plus élevé.

En raison de la prévalence élevée de l'infection dans les groupes suivants, de leurs comportements ou de leurs habitudes de vie, les personnes qui en font partie présentent davantage de risques de contracter l'hépatite C :

- les personnes originaires d'une région où l'infection est endémique ou y ayant reçu des soins de santé ;
- les HARSAH vivant avec le VIH ;
- les utilisateurs de drogues par injection ou par inhalation, incluant ceux ayant déjà utilisé des drogues par injection ou par inhalation et ce, même si une seule fois ;
- les personnes incarcérées ;
- les personnes en hémodialyse.

28. Pour des précisions sur le risque associé à différents types d'exposition, consulter les guides produits par le MSSS portant sur la prophylaxie post-exposition ([*Guide pour la prophylaxie postexposition \(PPE\) à des liquides biologiques dans le contexte du travail*](#), 2011, et [*Guide pour la prophylaxie après une exposition au VIH, au VHB et au VHC dans un contexte non professionnel*](#), 2010).

29. Il est nécessaire de s'assurer que les personnes ont été effectivement vaccinées de façon appropriée. Dans certains cas, il serait également pertinent de vérifier que l'exposition à l'hépatite B ne s'est pas produite avant la vaccination.

Les situations suivantes sont également associées à un risque plus grand de contracter l'hépatite C :

- exposition à du sang ou à d'autres liquides biologiques potentiellement contaminés³⁰ (p. ex. : tatouage ou perçage dans des conditions non stériles, exposition accidentelle en milieu de travail, exposition dans un contexte non professionnel) ;
- partage du domicile d'une personne atteinte d'hépatite C ; le risque est associé au partage des articles d'hygiène personnelle (p. ex. : rasoir, ciseaux, coupe-ongles, brosse à dents).

Bien que les Centers for disease control and prevention recommandent un dépistage unique de tous les « baby-boomers » américains (personnes nées entre 1945 et 1965)³¹ ne présentant par ailleurs aucun autre facteur de risque identifiable d'exposition au VHC, l'épidémiologie, les campagnes de retraçage effectuées et l'accès aux services de dépistage sont différents au Québec. Des travaux additionnels seront nécessaires pour déterminer la pertinence d'une stratégie de dépistage systématique de l'hépatite C dans une cohorte précise.

- VIH

Le VIH touche particulièrement les HARSAH, les UDI et les personnes originaires de régions endémiques.

En raison de la prévalence élevée de l'infection dans les groupes suivants, de leurs comportements ou de leurs habitudes de vie, les personnes qui en font partie présentent davantage de risques de contracter le VIH :

- les personnes originaires d'une région où l'infection est endémique ;
- les HARSAH ;
- les travailleurs et travailleuses du sexe et leurs clients ;
- les utilisateurs de drogues par injection ou par inhalation ;
- les jeunes de la rue qui consomment des drogues par injection ou par inhalation ;
- les personnes incarcérées.

L'exposition à du sang ou à d'autres liquides biologiques potentiellement contaminés constitue également un facteur de risque de contracter le VIH³⁰ (p. ex. : tatouage ou perçage dans des conditions non stériles, exposition accidentelle en milieu de travail, exposition dans un contexte non professionnel).

30. Pour des précisions sur le risque associé à différents types d'exposition, consulter les guides produits par le MSSS portant sur la prophylaxie post-exposition ([*Guide pour la prophylaxie postexposition à des liquides biologiques dans le contexte du travail*](#), 2011, et [*Guide pour la prophylaxie après une exposition au VIH, au VHB et au VHC dans un contexte non professionnel*](#), 2010).

31. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. « Recommendations for the identification of chronic Hepatitis C virus infection among persons born during 1945-1965 », *Morbidity and Mortality Weekly Report*, n° 61 (RR04), 17 août 2012, p. 1-18.

8 L'évaluation des indications de dépistage

Le dépistage est avant tout une activité de prévention secondaire. Il est nécessaire que la personne soit informée que le résultat du dépistage, même s'il est négatif, ne peut être utilisé pour évaluer le risque associé aux comportements antérieurs et qu'il n'indique nullement une protection pour les comportements à risque futurs.

De plus, il est essentiel de faire connaître les limites de l'intervention de dépistage.

- Celle-ci ne comprend pas le dépistage de toutes les ITSS (p. ex. : infection causée par le virus de l'*Herpes simplex* type 1 ou 2 ou par le VPH).
- Elle s'adresse à des personnes asymptomatiques. Lorsque la personne est symptomatique, les interventions de l'infirmière peuvent s'inscrire dans le cadre d'activités réservées exercées selon une ordonnance médicale (p. ex. : « initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques, selon une ordonnance »³² ou « effectuer des examens et des tests diagnostiques invasifs, selon une ordonnance »). En l'absence d'ordonnance médicale, l'infirmière doit orienter rapidement la personne pour évaluation médicale³³ (investigation, diagnostic et traitement).
- Elle pourrait ne pas détecter les infections contractées récemment (période fenêtre).

8.1 LA PÉRIODE FENÊTRE ET LE DÉLAI MINIMAL³⁴

La période fenêtre, ou période muette, couvre la période entre l'exposition à une ITSS et le moment où l'infection peut être détectée par une analyse. Dans ce document, la notion de « fin de la période fenêtre » correspond au moment où l'infection peut être détectée chez la majorité des personnes infectées à l'aide d'une analyse.

Le délai minimal est le moment à partir duquel une infection est susceptible d'être détectée. En deçà de ce délai, la probabilité d'obtenir un résultat positif si la personne a effectivement contracté l'infection est très faible.

Pour une analyse de biologie médicale donnée, on recherche l'équilibre entre le délai minimal après l'exposition et la certitude d'obtenir un résultat positif si la personne a contracté l'infection (fin de la période fenêtre). Les notions de délai minimal et de période fenêtre serviront à déterminer le moment opportun pour effectuer des analyses ; elles serviront aussi à interpréter les résultats.

32. Si une ordonnance collective est en vigueur, l'infirmière peut demander des analyses de biologie médicale et envoyer les résultats au médecin désigné dans l'ordonnance collective. Voir l'algorithme 1, au chapitre 1.

33. Les infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne peuvent également intervenir dans cette situation. Pour en savoir plus sur leur rôle, consulter le document *Lignes directrices – Pratique clinique de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne – 2^e édition* (OIIQ, 2013).

34. Les renseignements présentés dans cette section sont basés principalement sur les recommandations pour le dépistage des ITSS du Comité sur les analyses de laboratoire en lien avec les ITSS de l'Institut national de santé publique du Québec. À paraître.

Toutefois, d'autres éléments (dont la fréquence à laquelle une personne s'expose aux ITSS et la probabilité que la personne se présente à un second rendez-vous) sont à considérer pour guider la prise de décision. En fait, lorsqu'on retarde une analyse, la personne atteinte demeure infectieuse ; elle risque de transmettre l'infection à d'autres personnes et elle risque d'avoir elle-même des complications.

S'il s'agit d'une exposition ponctuelle chez une personne qui ne s'expose pas fréquemment et qui peut se présenter pour un rendez-vous après la période fenêtre, réaliser le dépistage après cette période ne constitue pas un risque pour la santé publique. Par contre, chez les personnes suivantes, il est justifié de procéder au dépistage au moment de la visite initiale :

- personnes qui s'exposent aux ITSS de manière continue ou répétée. Chez ces personnes, il peut être difficile, voire impossible, d'effectuer le dépistage après la fin de la période fenêtre ;
- personnes qui risquent de ne pas se présenter à un second rendez-vous médical ;
- personnes n'ayant pas passé de test de dépistage depuis longtemps.

Dans ces cas, on pourrait procéder immédiatement aux prélèvements, en tenant compte du fait que les infections potentiellement transmises lors des dernières activités comportant un risque de transmission pourraient ne pas être détectées. Selon les résultats, il importe de planifier un rendez-vous ultérieur pour de nouvelles analyses, étant donné le risque d'obtenir des résultats faussement négatifs si le prélèvement a été effectué trop tôt après l'exposition.

En somme, lorsque la personne est très fiable et qu'elle se montre disposée à reporter le moment du dépistage, il peut être approprié de retarder les prélèvements après la fin de la période fenêtre. **Pour les personnes qui s'exposent de manière continue ou répétée, qui n'ont pas subi de dépistage depuis longtemps ou qui risquent de ne pas se présenter à un second rendez-vous, le délai minimal et la période fenêtre doivent surtout servir à interpréter le résultat. Avec ces personnes, on peut procéder immédiatement aux prélèvements et proposer, au besoin, de répéter les analyses plutôt que de reporter l'intervention.**

Le professionnel doit reconnaître l'importance de saisir les diverses opportunités de dépistage et d'intervention préventive, particulièrement auprès des personnes présentant un risque élevé d'avoir contracté une ITSS. Il doit évaluer chaque situation individuellement et adopter la conduite qui lui semble la plus appropriée dans les circonstances.

8.2 LES ANALYSES DE LABORATOIRE, LE DÉLAI MINIMAL ET LA PÉRIODE FENÊTRE, SELON L'INFECTION³⁵

Pour déterminer les prélèvements à effectuer et éviter des résultats faussement négatifs, le professionnel tiendra compte :

- des comportements sexuels de la personne concernée (relation orale, vaginale, anale) ;
- de la fréquence d'exposition aux ITSS ;
- des indications de dépistage (voir la section 8.5) ;
- des analyses recommandées pour le dépistage ;
- du délai minimal et de la fin de la période fenêtre ;
- des instructions de son laboratoire serveur.

35. Les renseignements présentés dans cette section sont basés principalement sur les recommandations pour le dépistage des ITSS du Comité sur les analyses de laboratoire en lien avec les ITSS de l'Institut national de santé publique du Québec. À paraître.

En présence de symptômes, d'autres analyses pourraient être indiquées. Pour en savoir plus sur les analyses dans ce contexte, consulter, par exemple, les *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement*³⁶, les guides sur le traitement pharmacologique des ITSS³⁷, *La prise en charge et le traitement des personnes infectées par le virus de l'hépatite C – Guide pour les professionnels de la santé du Québec*³⁸ et les guides de prise en charge des personnes vivant avec le VIH³⁹.

8.2.1 L'infection à *Chlamydia trachomatis*

L'analyse recommandée pour le dépistage de l'infection à *Chlamydia trachomatis* est un TAAN. Le délai minimal pour détecter l'infection à *Chlamydia trachomatis* n'est pas connu. La période fenêtre se termine quatorze jours après l'exposition.

8.2.2 L'infection gonococcique

L'analyse recommandée pour le dépistage de l'infection gonococcique est un TAAN. Le TAAN a une sensibilité supérieure à la culture. Dans certaines situations, la culture est privilégiée (par exemple, lors d'une analyse sur des prélèvements anorectaux ou pharyngés auprès de personnes qui ont eu une relation sexuelle avec une personne atteinte d'une infection gonococcique). Dans d'autres situations, la culture est réalisée de façon concomitante avec un TAAN pour déterminer la sensibilité de la souche aux antimicrobiens (voir les guides de traitement pharmacologique de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux [INESSS]). À titre d'exemple, au moment d'un dépistage chez le partenaire sexuel d'une personne atteinte d'une infection gonococcique, il est recommandé d'effectuer un TAAN. Puisque la probabilité que le partenaire soit infecté est élevée, une culture est aussi recommandée afin de vérifier la sensibilité de la souche aux antibiotiques.

Si le résultat du TAAN est positif, dans la mesure du possible, une culture pour déterminer la sensibilité de la souche devrait être effectuée avant le traitement. La culture ne doit toutefois pas retarder le traitement.

Le délai minimal pour que l'infection gonococcique puisse être détectée par un TAAN est inconnu. Il est de 48 heures pour la détection par culture. La période fenêtre se termine sept jours après l'exposition.

36. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement*, mises à jour 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>].

37. INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX. *Guides sur le traitement pharmacologique des ITSS : Syphilis* [6 p.], *Cervicite mucopurulente, atteinte inflammatoire pelvienne (AIP), urétrite, épididymite/orchi-épididymite* [5 p.], *Herpès génital* [4 p.], *Infection à Chlamydia trachomatis, infection à Neisseria gonorrhoeae* [4 p.], *Condylomes (verruës génitales)* [4 p.], Québec, Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, 2012, [En ligne]. [<http://www.inesss.qc.ca>] section « Publications », rubrique « Guides de l'INESSS ».

38. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *La prise en charge et le traitement des personnes infectées par le virus de l'hépatite C – Guide pour les professionnels de la santé du Québec*, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, à paraître.

39. Les guides de prise en charge des personnes vivant avec le VIH peuvent être consultés à la rubrique « Professionnels de la santé/Guides » de la section « Documentation » du site suivant : [<http://www.msss.gouv.qc.ca/itss>].

Notes concernant le dépistage de l'infection à Chlamydia trachomatis ou de l'infection gonococcique.

- Il est recommandé de faire les prélèvements au moment de la consultation et, si le résultat est négatif, de refaire des prélèvements quatorze jours après l'exposition.
- Pour éviter un résultat faussement négatif, dans certaines situations, un report des prélèvements pourra être considéré. Par exemple :
 - si la personne est sous traitement antibiotique, considérer la possibilité de reporter les prélèvements trois semaines après la fin du traitement antibiotique. Le test pourrait toutefois être fait immédiatement si la personne risque de ne pas se présenter de nouveau ou si elle doit prendre des antibiotiques pendant une longue période ;
 - si le patient est une femme et qu'elle a ses menstruations, considérer la possibilité de reporter les prélèvements du col ou du vagin après la fin des menstruations. Le prélèvement pourrait toutefois être fait immédiatement si la personne risque de ne pas se présenter de nouveau. Le prélèvement urinaire constitue une solution de rechange acceptable mais offre une sensibilité moindre.

Dans ces deux cas, de nouvelles analyses devront être effectuées si le résultat est négatif.

8.2.3 La syphilis

Les analyses recommandées pour le dépistage de la syphilis sont le RPR (analyse non tréponémique) et l'EIA ou le CIA (analyses tréponémiques). Le délai minimal pour que la syphilis puisse être détectée est d'environ dix jours. La période fenêtrée se termine douze semaines après l'exposition. Les laboratoires enverront au LSPQ tout spécimen dont le profil sérologique nécessite une confirmation par une analyse tréponémique supplémentaire (TP-PA, INNO-LIA).

Des résultats positifs (obtenus à l'aide de l'EIA, du CIA ou du RPR) témoignent de la présence d'anticorps tréponémiques ou non tréponémiques. L'interprétation des résultats doit tenir compte du contexte clinique⁴⁰. Elle permet notamment de déterminer s'il s'agit d'une ancienne syphilis ou de déterminer le stade de l'infection. La présence d'anticorps ne signifie aucunement que la personne est protégée contre une infection par cette bactérie, car il est possible de contracter la syphilis plus d'une fois. L'annexe XI présente des algorithmes de détection et de confirmation sérologique de la syphilis⁴¹.

40. Pour des précisions sur l'interprétation des résultats, consulter un collègue expérimenté ou la « Grille d'interprétation du sérodiagnostic de la syphilis » dans le guide sur le traitement pharmacologique des ITSS, INESSS : syphilis [En ligne]. [<http://www.inesss.qc.ca>] section « Publications », rubrique « Guides de l'INESSS ».

41. Voir le document intitulé *Rapport du sous-comité Épreuves de détection de la syphilis*, INSPQ, 2010, 143 p., [En ligne]. [http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1031_RappSousComDetecSyphilis.pdf] et la lettre du Laboratoire de santé publique du Québec concernant les modifications à l'algorithme II pour le sérodiagnostic de la syphilis [http://www.inspq.qc.ca/lspq/fichesPDF/annonce_modifications_algorithme_II_serodiagnostic_syphilis.pdf].

8.2.4 L'hépatite B^{42, 43}

L'analyse recommandée pour le dépistage de l'hépatite B est la recherche de l'AgHBs (antigène de surface du VHB).

Le délai minimal pour détecter l'AgHBs est d'une semaine. La période fenêtre se termine douze semaines après l'exposition.

L'AgHBs est le premier marqueur sérologique à apparaître après l'exposition au VHB. Sa présence indique une infection aiguë ou chronique. La persistance de l'AgHBs durant une période de plus de six mois est le signe d'une infection chronique.

Les anticorps contre l'antigène de la nucléocapside du virus de l'hépatite B (anti-HBc) apparaissent moins d'un mois après l'AgHBs. Leur présence indique le plus souvent un contact antérieur avec le VHB. La recherche des anti-HBc peut être utile à des fins d'investigation complémentaire.

Si l'infection guérit spontanément, l'AgHBs cesse d'être détectable et la personne développe des anticorps qui la protégeront contre le virus de l'hépatite B (anti-HBs : anticorps contre l'antigène de surface du VHB). La présence d'anti-HBs indique une immunité acquise soit à la suite d'une infection antérieure, soit à la suite de la vaccination. Par conséquent, l'analyse recommandée pour connaître l'immunité (naturelle ou due à la vaccination) est la recherche des anti-HBs (suivre les recommandations du *Protocole d'immunisation du Québec*⁴⁴ [PIQ]).

Les autres analyses (AgHBe, anti-HBe, anti-HBc totaux, anti-HBc IgM, ADN du VHB) sont réservées principalement à des fins d'investigation complémentaire et de suivi clinique.

8.2.5 L'hépatite C

Les analyses recommandées pour le dépistage de l'hépatite C sont la recherche des anticorps contre le VHC (anti-VHC) et la recherche qualitative de l'ARN du VHC⁴⁵. Le choix des analyses varie en fonction de la situation.

La présence d'anti-VHC témoigne d'une exposition antérieure au VHC sans toutefois fournir d'information sur le stade de l'infection. Les anti-VHC demeurent positifs toute la vie dans la grande majorité des cas. La présence d'anticorps ne signifie pas que la personne est protégée contre une nouvelle infection par le VHC, car il est possible de contracter l'hépatite C plus d'une fois.

En présence d'un résultat d'analyse positif pour les anti-VHC, la recherche qualitative de l'ARN du VHC permet de distinguer une hépatite C antérieure guérie (résultat négatif) d'une infection aiguë ou chronique (résultat positif)⁴⁶. Il n'est pas indiqué de procéder au dépistage de l'hépatite C chez une personne présentant une infection chronique par le VHC (résultats d'analyse positifs pour les anti-VHC et l'ARN du VHC).

Le délai minimal pour détecter les anti-VHC est de six semaines. La période fenêtre se termine douze semaines après l'exposition. Chez les personnes immunosupprimées ou chez les personnes vivant avec le VIH, la période fenêtre peut se prolonger.

42. Les analyses recommandées pour le dépistage de l'hépatite B sont en cours de révision.

43. Pour obtenir des renseignements complémentaires sur l'interprétation des résultats, consulter la section « Analyses de biologie médicale » de la fiche clinique sur l'hépatite B (chapitre 17).

44. Consulter le PIQ à l'adresse suivante : [\[http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/6335dde40226af59852575cc0048804d?OpenDocument\]](http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/6335dde40226af59852575cc0048804d?OpenDocument).

45. Le professionnel doit indiquer sur le formulaire de demande d'analyse les raisons qui justifient la recherche de l'ARN du VHC (p. ex. : sérologie antérieure positive anti-VHC).

46. Pour obtenir des renseignements complémentaires sur l'interprétation des résultats, consulter la section « Analyses de biologie médicale » de la fiche clinique sur l'hépatite C (chapitre 18).

La confirmation d'un résultat anti-VHC faiblement positif ou indéterminé se fait au LSPQ.

L'ARN du VHC devient détectable d'une à trois semaines après l'exposition. La charge virale peut fluctuer pendant les premiers mois de l'infection. Les notions de délai minimal et de période fenêtre ne sont pas utilisées pour déterminer le moment opportun pour effectuer la recherche de l'ARN du VHC. Lorsqu'indiqué, le prélèvement pour une recherche qualitative de l'ARN du VHC doit être effectué au moins trois semaines après l'exposition.

Les analyses recommandées varient en fonction des situations⁴⁷ :

- chez les personnes qui n'ont jamais subi de dépistage de l'hépatite C ou dont la sérologie antérieure anti-VHC n'a pas montré de résultat positif, l'analyse recommandée pour le dépistage de l'hépatite C est la recherche des anti-VHC. Si le résultat obtenu est positif ou indéterminé, la recherche de l'ARN du VHC constitue la deuxième étape du dépistage ;
- chez les personnes dont la sérologie antérieure anti-VHC est positive, ne pas répéter l'anti-VHC. L'analyse recommandée pour le dépistage est alors l'ARN du VHC.

L'annexe XII précise les analyses auxquelles il faut avoir recours pour le dépistage de l'hépatite C.

On a recours aux autres analyses de biologie médicale disponibles pour le VHC (génotypage viral, charge virale, etc.) uniquement à des fins d'investigation complémentaire et de suivi clinique.

8.2.6 L'infection par le VIH

Tous les tests de dépistage du VIH actuellement offerts par les laboratoires québécois détectent les anticorps anti-VIH 1 et 2. La majorité des laboratoires utilise des épreuves de 4^e génération. Ces dernières combinent la détection des anticorps anti-VIH 1 et 2 et de l'antigène p24 (Ag p24). Quelques laboratoires utilisent des épreuves de 3^e génération ne détectant que les anticorps anti-VIH 1 et 2. Le LSPQ utilise différentes épreuves, dont le transfert Western (*Western Blot*), pour confirmer la présence d'anticorps anti-VIH 1 et 2 dans les sérums analysés. Le LSPQ dispose aussi d'épreuves spécifiques pour détecter la présence de l'Ag p24.

Certains points de service offrent le dépistage du VIH à l'aide de trousses de dépistage rapide. Ces trousses détectent seulement les anticorps anti-VIH 1 et 2. La seule trousse actuellement homologuée par Santé Canada s'emploie avec un prélèvement capillaire. Le supplément du présent guide intitulé *Dépistage du VIH dans les points de service à l'aide de trousses de dépistage rapide*⁴⁸ est l'ouvrage de référence pour les professionnels concernés. Dans un contexte de recherche, le dépistage du VIH peut être réalisé à partir d'un prélèvement salivaire ou urinaire.

Pour le VIH, la période fenêtre est établie en fonction de la détection des anticorps anti-VIH ou de l'Ag p24. Les anticorps anti-VIH sont détectables, dans plus de 95 % des cas, entre quatre et six semaines après une exposition menant à une infection. Sauf exception, ces anticorps sont détectables, dans 99 % des cas, 12 semaines après une exposition menant à une infection. Les exceptions sont les suivantes : immunosuppression consécutive à une autre maladie, infection chez un bébé né de mère infectée et, possiblement – bien que cela ne soit pas démontré –, le fait

47. Pour déterminer les analyses à effectuer pour le dépistage du VHC chez les personnes immunosupprimées ou chez les personnes vivant avec le VIH, consulter un collègue expérimenté. Des travaux sont en cours pour préciser les analyses recommandées dans ces situations.

48. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Supplément – Dépistage du VIH dans les points de service à l'aide de trousses de dépistage rapide*, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2014, 134 p., [En ligne]. [\[http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/9243ace3397c0db1852577380043df29?OpenDocument\]](http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/9243ace3397c0db1852577380043df29?OpenDocument).

d'avoir reçu une prophylaxie antirétrovirale ou d'avoir une infection simultanée par le virus de l'hépatite C.

La présence d'anticorps témoigne d'une exposition antérieure au VIH et est le signe d'une infection à vie. Elle ne signifie aucunement que la personne soit protégée contre une infection par le VIH.

L'Ag p24 est détectable dans les premières semaines suivant l'infection, entre les jours 14 et 22, et sa présence coïncide habituellement avec l'apparition de symptômes. La présence de l'Ag p24 peut se maintenir dans l'organisme de quelques semaines à plusieurs mois, mais cet antigène disparaît habituellement avec l'apparition des anticorps anti-Ag p24.

Le délai minimal pour effectuer des tests est de 14 jours après l'exposition si l'on utilise des trousses de 4^e génération, et de 28 jours si l'on a recours à des trousses de 3^e génération. Sauf exception (voir plus haut), la période fenêtre se termine 12 semaines après l'exposition.

À la suite d'une exposition spécifique ou d'une situation à risque (p. ex. : relation anale non protégée avec une personne vivant avec le VIH), un dépistage du VIH pourra être réalisé au moment de la visite initiale et, si le résultat est négatif, être répété trois semaines après l'exposition si le laboratoire serveur utilise un test de 4^e génération. Si le résultat du test réalisé trois semaines après l'exposition est négatif, le test sera répété à la fin de la période fenêtre (douze semaines après l'exposition). Lorsque des facteurs de risque sont présents de manière continue ou répétée, il est recommandé d'offrir un dépistage tous les trois à six mois (voir la section 8.4.3 Fréquence accrue du dépistage en présence de facteurs de risque).

Les laboratoires enverront au LSPQ tout spécimen dont le profil sérologique nécessite une confirmation. Pour exclure les erreurs de laboratoire et confirmer le diagnostic, tout test de dépistage du VIH pour lequel un résultat positif est obtenu doit être répété à partir d'un second échantillon de sang.

8.3 UNE RÉPONSE AUX BESOINS DE LA PERSONNE

L'objectif du dépistage est d'offrir à la personne qui le désire la possibilité de savoir qu'elle est atteinte d'une ou de plusieurs ITSS dont elle pourrait ignorer la présence. La personne doit être en mesure de préciser ce qui la préoccupe. Le professionnel doit, quant à lui, être habilité à lui fournir des renseignements clairs et adaptés à ses besoins.

Il peut arriver parfois que, malgré la présence de facteurs de risque élevés pour certaines ITSS – particulièrement l'hépatite B, l'hépatite C et l'infection par le VIH –, une personne préfère ne pas savoir si elle en est atteinte. Une fois que les avantages et les inconvénients de connaître le diagnostic et les options de suivi lui ont été expliqués, la décision finale de se soumettre ou non à une analyse doit revenir à la personne elle-même.

De la même façon, une personne peut demander un dépistage pour une ITSS donnée alors que le processus d'évaluation ne permet de déceler chez elle aucun facteur de risque lié à cette infection. Dans ce contexte, le professionnel doit évaluer la demande et effectuer le counseling approprié, en sachant que cette personne peut présenter un risque élevé d'avoir contracté cette ITSS, mais ne pas vouloir mentionner un facteur de risque en particulier au moment de l'anamnèse.

8.4 LA FRÉQUENCE DU DÉPISTAGE⁴⁹

Plusieurs éléments permettent de déterminer la fréquence du dépistage : le contexte clinique, l'importance de favoriser une détection et une prise en charge précoce, l'appartenance à un groupe à risque, la présence continue ou répétée de facteurs de risque et la pertinence de répéter le dépistage. Bien que les orientations qui suivent puissent servir de guide pour l'intervention, la fréquence selon laquelle il convient de procéder à des analyses de dépistage chez une personne à risque doit être déterminée selon le jugement clinique du professionnel.

8.4.1 Évaluation des facteurs de risque

L'évaluation des facteurs de risque devrait être faite au moins une fois par année dans le cadre d'un examen médical périodique, tel celui recommandé par le Collège des médecins du Québec⁵⁰. En présence de facteurs de risque, le professionnel effectue le dépistage des ITSS selon les facteurs de risque décelés (voir le tableau 1 – ITSS à rechercher selon les facteurs de risque décelés).

8.4.2 Dépistage annuel chez des groupes à risque

Les prévalences estimées des ITSS dans certains groupes, le nombre de personnes rapportant avoir des comportements à risque selon les études recensées, le mode de vie de certains groupes de la population, la difficulté pour certaines personnes d'avoir accès à des services de santé ou de dévoiler des facteurs de risque, les complications anticipées d'une infection non traitée sont

49. Source : INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, *Rapport du sous-comité Facteurs de risque et infections transmissibles sexuellement et par le sang à rechercher*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, à paraître.

50. AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL et COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC. *EMP 2013*, 42 p., [En ligne]. [<https://www.cmq.org/fr/RSSFeeds/~media/Files/Guides/EMP-2014.pdf>].

autant de raisons pour qu'un dépistage de certaines ou de l'ensemble des ITSS soit offert d'emblée à certains groupes. Néanmoins, une évaluation des comportements à risque auprès des personnes appartenant à ces groupes permet de personnaliser l'intervention selon leurs besoins.

Il est recommandé d'offrir un dépistage au moins une fois par année :

- aux personnes pour qui un dépistage est indiqué (voir le tableau 1 – ITSS à rechercher selon les facteurs de risque décelés, groupes 1, 4 à 6, 9 et 15) ;
- aux partenaires sexuels d'une personne appartenant aux groupes 2, 3, 5 à 7 et 15.

Certains milieux offrent des services à des personnes vulnérables aux ITSS. Il est recommandé d'offrir un dépistage au moins une fois par année aux personnes :

- qui résident dans un centre de détention (personnes incarcérées) ;
- qui reçoivent des services dans un centre de ressources en dépendance aux drogues.

8.4.3 Fréquence accrue du dépistage en présence de facteurs de risque

L'offre de dépistage pourra être plus fréquente si l'évaluation du risque permet de déceler l'une des caractéristiques suivantes :

- personne atteinte d'ITSS à répétition ;
- personne ayant des partenaires sexuels multiples, c'est-à-dire ayant eu plus de trois partenaires sexuels dans la dernière année.

Lorsque des facteurs de risque sont présents de manière continue ou répétée, il est recommandé d'offrir un dépistage tous les trois à six mois. La présence de facteurs de risque peut être ponctuelle ou, plus souvent, refléter des habitudes de vie.

8.4.4 Répétition du dépistage après une infection

En raison de la fréquence élevée de réinfection, il est recommandé de répéter le dépistage de l'infection à *Chlamydia trachomatis* et de l'infection gonococcique chez les personnes ayant contracté ces infections. Le délai optimal pour la répétition du dépistage après le traitement de l'une ou l'autre de ces infections se situe entre trois et six mois. En présence d'une infection gonococcique, on procèdera également au dépistage de l'infection à *Chlamydia trachomatis*.

8.5 LES INDICATIONS DE DÉPISTAGE DES ITSS SELON LES FACTEURS DE RISQUE DÉCELÉS

Le tableau 1 présente les indications de dépistage des ITSS selon les facteurs de risque décelés. Ces indications sont basées sur le *Rapport du sous-comité Facteurs de risque et infections transmissibles sexuellement et par le sang à rechercher*⁵¹ et sont adaptées au contexte épidémiologique québécois.

51. Source : INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Rapport du sous-comité Facteurs de risque et infections transmissibles sexuellement et par le sang à rechercher*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, à paraître.

Ce tableau est présenté comme guide pour l'intervention. L'application des indications de dépistage proposées peut varier selon les milieux cliniques (clientèle visée) et les régions (prévalence locale ou régionale). Le professionnel doit exercer son jugement dans chacun des cas et adapter son intervention à la personne qui est devant lui, en tenant compte des éléments suivants.

- **Utilisation du condom**

Le tableau 1 ne tient pas compte de l'utilisation du condom. Les erreurs d'utilisation du condom (ex. : utilisation non systématique, pénétration avant l'installation du condom, bris du condom, retrait du condom avant la fin de la pénétration) sont fréquemment rapportées dans des études à travers le monde et auprès de diverses clientèles. C'est pourquoi un dépistage devrait être offert même si la personne rapporte utiliser le condom.

- **Intervention préventive auprès des partenaires de personnes atteintes d'une ITSS**

Le tableau 1 n'aborde pas le dépistage des partenaires de personnes atteintes d'une ITSS. Pour obtenir des renseignements sur l'intervention préventive à réaliser dans ce contexte, consulter le document « Les partenaires sexuels, il faut s'en occuper ! » : [<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/08469bf531cc3cd585257d11005fe0f3?OpenDocument>].

Le dépistage de l'hépatite B doit être offert aux partenaires sexuels et aux contacts domiciliaires d'une personne infectée par le VHB. L'intervention à réaliser auprès de ces personnes doit inclure également la vaccination – avec ou sans administration d'immunoglobulines⁵².

Le dépistage peut être offert aux partenaires sexuels et aux contacts domiciliaires d'une personne infectée par le VHC selon le jugement clinique, particulièrement si il y a présence de sang au cours des relations sexuelles (menstruations ou pratiques sexuelles où le risque de traumatisme est élevé) ou partage d'articles d'hygiène personnelle. La transmission sexuelle dans les couples hétérosexuels est rare. La transmission du VHC aux contacts domiciliaires n'a pas été démontrée. Le dépistage du partenaire peut permettre de soulager l'anxiété de la personne infectée et de son partenaire.

- **Statut vaccinal à l'égard de l'hépatite B**

Pour l'hépatite B, les indications de dépistage doivent être modulées selon le statut vaccinal, en tenant compte de l'âge et de maladies sous-jacentes susceptibles de diminuer la réponse au vaccin. Au Québec, un programme de vaccination universelle destiné aux nourrissons est offert aux familles québécoises depuis le 1er avril 2013. Le programme de vaccination s'adressant aux élèves de 4^e année du primaire, en place depuis 1994, sera maintenu jusqu'à l'arrivée de la première cohorte d'enfants vaccinés dans le cadre du nouveau programme. Se référer au PIQ⁵³ pour obtenir des renseignements supplémentaires. Lorsque la personne est immune, le dépistage n'est pas indiqué.

52. Pour des précisions sur les interventions à réaliser dans ce contexte, consulter le PIQ : [<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/6335dde40226af59852575cc0048804d?OpenDocument>] et le *Guide d'intervention – L'hépatite B – Janvier 2014 – 2^e édition* (MSSS, 2014) : [<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/b9b6f5e532b8ff9385257c940051ff63?OpenDocument>]. Ce guide porte sur l'intervention à effectuer lorsque des cas d'hépatite B aiguë ou chronique sont déclarés aux autorités de santé publique d'une région sociosanitaire.

53. Consulter le PIQ à l'adresse suivante : [<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/6335dde40226af59852575cc0048804d?OpenDocument>].

- **Personnes vivant avec le VIH**

Le dépistage des ITSS chez les personnes vivant avec le VIH devrait s'inscrire dans une prise en charge globale qui tient compte des particularités de l'infection par le VIH. Consulter le guide pour les professionnels de la santé du Québec intitulé *L'examen médical périodique de l'adulte vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)* (MSSS, 2014)⁵⁴.

En plus des indications de dépistage basées sur la présence de facteurs de risque, le tableau présente certaines situations dans lesquelles le dépistage d'une ou de plusieurs ITSS est indiqué, dont les suivantes.

- **Grossesse**

Le dépistage des ITSS pendant la grossesse vise à éviter les complications pouvant affecter la santé de la femme, l'issue de la grossesse ou la santé du nouveau-né.

L'offre systématique de dépistage des ITSS fait partie d'un bilan prénatal complet. Toutefois, le dépistage de l'hépatite C est offert seulement aux femmes enceintes qui présentent des facteurs de risque liés à l'hépatite C.

Les facteurs de risque doivent de nouveau être évalués pendant la grossesse afin de détecter toute nouvelle exposition et de déceler la persistance d'un comportement à risque ou la présence de facteurs de risque chez le partenaire. Si l'évaluation révèle que la femme a été exposée d'une façon ou d'une autre à une ITSS, le dépistage sera répété, au besoin plus d'une fois et au minimum une fois vers la 28^e semaine de grossesse et au moment de l'accouchement.

- **Interruption volontaire de grossesse**

À titre préventif, une offre de dépistage de l'infection à *Chlamydia trachomatis* et de l'infection gonococcique est indiquée au moment d'une interruption volontaire de grossesse (IVG), afin d'éviter les complications liées à une intervention invasive.

- **Demande de dépistage en l'absence de facteurs de risque dévoilés**

Pour diverses raisons, certaines personnes ne dévoilent pas les facteurs de risque. Si, après un counseling prétest, la personne demande une analyse de dépistage pour une ou plusieurs ITSS, il est recommandé de procéder aux tests demandés.

- **Autres conditions liées à la santé**

Enfin, le dépistage des ITSS peut être indiqué dans le contexte d'un suivi médical ou d'un diagnostic différentiel, par exemple :

- avant de commencer une chimiothérapie ou une autre thérapie immunosuppressive (dépistage du VHB) ;
- chez une personne présentant un lymphome ou une tuberculose (dépistage du VIH).

54. Consulter *L'examen médical périodique de l'adulte vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) – Guide pour les professionnels de la santé du Québec* (MSSS, 2014) à l'adresse suivante : [\[http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/83cfa4de98757e985257b9800472713?OpenDocument\]](http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/83cfa4de98757e985257b9800472713?OpenDocument).

TABLEAU 1

ITSS À RECHERCHER SELON LES FACTEURS DE RISQUE (à titre indicatif)

FACTEURS DE RISQUE ✓ : DÉPISTAGE RECOMMANDÉ (✓) : DÉPISTAGE RECOMMANDÉ DANS CERTAINES SITUATIONS		ITSS À RECHERCHER					
		Infection à <i>Chlamydia trachomatis</i>	Infection gonococcique	Syphilis	Infection par le VIH	Hépatite B ¹	Hépatite C
La personne qui a eu des relations sexuelles non protégées avec une personne appartenant à l'un ou l'autre des groupes 2, 3, 5, 6, 7 ou 15 devrait se soumettre aux mêmes analyses que si elle faisait partie de ce groupe. Cela ne s'applique généralement pas pour l'hépatite C, dont la transmission sexuelle dans les couples hétérosexuels est rare.							
CRITÈRES SOCIODÉMOGRAPHIQUES ET FACTEURS LIÉS AUX COMPORTEMENTS SEXUELS							
1. Personne de 25 ans et moins sexuellement active sans autre facteur de risque	Femme	✓	✓				
	Homme	✓	(✓ ²)				
2. Personne ayant un nouveau partenaire sexuel ou plus d'un concurremment depuis le dernier dépistage	Femme	✓	✓				
	Homme	✓					
3. Personne ayant eu un partenaire anonyme ou plus de trois partenaires sexuels au cours de la dernière année		✓	✓	✓	✓	✓	
4. Personne originaire d'une région où les ITS bactériennes, le VIH, l'hépatite B ou l'hépatite C sont endémiques ³			(✓ ⁴)	(✓ ⁴)	✓	✓	✓
5. Homme ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes		✓	✓	✓	✓	✓	(✓ ⁵)
6. Travailleur ou travailleuse du sexe et ses clients		✓	✓	✓	✓	✓	
7. Personne incarcérée ou l'ayant été					✓	✓	✓
8. Personne qui a eu un partenaire sexuel originaire d'une région où les ITS bactériennes, le VIH, l'hépatite B ou l'hépatite C sont endémiques ³			✓	✓	✓	✓	
9. Partenaire sexuel d'une personne vivant avec le VIH					✓		
DIAGNOSTIC D'ITSS ⁶							
10. Personne ayant reçu un diagnostic ⁷ d'infection gonococcique, de syphilis, de LGV, d'infection par le VIH ⁸ , d'hépatite B ou d'hépatite C ⁹		✓	✓	✓	✓	✓	(✓ ¹⁰)
11. Répéter le dépistage de l'infection génitale à <i>Chlamydia trachomatis</i> trois à six mois après le traitement d'une personne ayant reçu un diagnostic d'infection génitale à <i>Chlamydia trachomatis</i>		✓					
12. Répéter le dépistage de l'infection gonococcique trois à six mois après le traitement d'une personne ayant reçu un diagnostic d'infection gonococcique		✓	✓				

FACTEURS DE RISQUE ✓ : DÉPISTAGE RECOMMANDÉ (✓) : DÉPISTAGE RECOMMANDÉ DANS CERTAINES SITUATIONS	ITSS À RECHERCHER					
	Infection à <i>Chlamydia trachomatis</i>	Infection gonococcique	Syphilis	Infection par le VIH	Hépatite B ¹	Hépatite C
La personne qui a eu des relations sexuelles non protégées avec une personne appartenant à l'un ou l'autre des groupes 2, 3, 5, 6, 7 ou 15 devrait se soumettre aux mêmes analyses que si elle faisait partie de ce groupe. Cela ne s'applique généralement pas pour l'hépatite C, dont la transmission sexuelle dans les couples hétérosexuels est rare.						
GROSSESSE ¹¹						
13. Femme demandant une interruption de grossesse	✓	✓				
14. Femme enceinte						
a. Bilan prénatal de base chez toutes les femmes enceintes	✓	✓	✓	✓	✓	(✓ ¹²)
b. Répéter le dépistage ¹³ si on note une nouvelle exposition, la persistance d'un comportement à risque ou si le partenaire présente un facteur de risque	✓	✓	✓	✓	✓	(✓ ¹²)
EXPOSITION À DU SANG OU À D'AUTRES LIQUIDES BIOLOGIQUES						
15. Utilisation de drogues par injection ou par inhalation même si une seule fois				✓	✓	✓
16. Exposition à du sang ou à d'autres liquides biologiques potentiellement infectés (tatouage ou perçage dans des conditions non stériles, exposition en milieu de travail ou exposition dans un contexte non professionnel) ¹⁴				✓	✓	✓
17. Personne ayant subi des procédures (chirurgicales ou autres) avec du matériel contaminé dans des régions où la prévalence du VIH, de l'hépatite B ou l'hépatite C est élevée ⁵				✓	✓	✓
18. Transfusion de sang ou de produits sanguins, greffe de cellules, de tissus ou d'organe				(✓ ¹⁵)	(✓ ¹⁵)	(✓ ¹⁵)
AUTRE						
19. Personne demandant un dépistage après un counseling prétest, même en l'absence de facteur de risque dévoilé : rechercher les infections pour lesquelles la personne demande un dépistage	✓	✓	✓	✓	✓	✓
20. Personne recevant des services dans un centre de ressources en dépendance à des drogues				✓	✓	✓
21. Personne en hémodialyse					✓	✓

NOTES

1. À moduler selon le statut vaccinal, en tenant compte de l'âge et de maladies sous-jacentes susceptibles de diminuer la réponse au vaccin. Au Québec, un programme de vaccination universelle destiné aux nourrissons est offert aux familles québécoises depuis le 1^{er} avril 2013. Le programme de vaccination s'adressant aux élèves de 4^e année du primaire, en place depuis 1994, sera maintenu jusqu'à l'arrivée en 4^e année de la première cohorte d'enfants vaccinés dans le cadre du nouveau programme. Se référer au *Protocole d'immunisation du Québec* pour obtenir des renseignements supplémentaires.
2. Rechercher l'infection gonococcique s'il s'agit d'une personne résidant dans les régions des Terres-Cries-de-la-Baie-James ou du Nunavik.
3. Voir l'annexe X « Régions fortement touchées par les ITSS et indications relatives au dépistage ».
4. Le dépistage est recommandé si la personne est ou a déjà été sexuellement active.
5. Rechercher l'hépatite C s'il s'agit d'une personne vivant avec le VIH; chez les personnes vivant avec le VIH, répéter le dépistage en présence de toute pratique sexuelle où il y a risque de contact sang à sang ou de lésions des muqueuses, en présence de relations sexuelles anales non protégées ou en présence d'une ITS ulcéralisante.
6. Le dépistage est recommandé au moment où un diagnostic d'ITSS est posé. Il est aussi indiqué d'offrir des tests de dépistage à une personne qui a reçu un diagnostic d'ITS antérieurement sans avoir subi les autres tests de dépistage recommandés.
7. S'il s'agit d'une infection à *Chlamydia trachomatis*, d'herpès génital ou d'une infection par le virus du papillome humain, considérer les autres facteurs de risque pour déterminer les ITSS à rechercher.
8. Consulter le guide pour les professionnels de la santé du Québec intitulé *L'examen médical périodique de l'adulte vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)* (MSSS, 2014, 128 p.).
9. S'il s'agit d'une hépatite C, rechercher l'hépatite B et le VIH.
10. Rechercher l'hépatite C seulement si la personne est infectée par le VIH ou est atteinte d'une lymphogranulomatose vénérienne (à cause de la co-infection LGV et VIH fréquente), ou s'il s'agit d'une hépatite B possiblement contractée par voie sanguine.
11. Le dépistage est recommandé compte tenu des complications importantes possibles pouvant affecter la santé de la femme, l'issue de la grossesse ou la santé du nouveau-né.
12. Rechercher l'hépatite C en présence de facteurs de risque associés à cette infection avant ou pendant la grossesse.
13. Répéter le dépistage, au besoin plus d'une fois et au minimum une fois vers la 28^e semaine de grossesse et au moment de l'accouchement.
14. Consulter le *Guide pour la prophylaxie postexposition (PPE) à des liquides biologiques dans le contexte du travail* (MSSS, 2011, 57 p.) et le *Guide pour la prophylaxie après une exposition au VIH, au VHB et au VHC dans un contexte non professionnel* (MSSS, 2010, 77 p.).
15. Au Canada, avant 1970 pour l'hépatite B; avant octobre 1985 pour le VIH; avant avril 1992 pour l'hépatite C. Pour connaître les recommandations précises en matière de biovigilance, consulter la Direction de santé publique de son territoire.

Source :

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, *Rapport du Sous-comité Facteurs de risque et infections transmissibles sexuellement et par le sang à rechercher*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, à paraître.

8.6 LES SITES DE PRÉLÈVEMENT POUR CHACUNE DES INFECTIONS⁵⁵

Pour le dépistage de l'infection à *Chlamydia trachomatis* et de l'infection gonococcique, les sites de prélèvement sont déterminés en fonction des pratiques sexuelles et des analyses disponibles. Les sites de prélèvement possibles sont les suivants : vagin, col de l'utérus, urètre, urine, anus et rectum ou pharynx. Pour la syphilis, le VHB, le VHC et l'infection par le VIH, les analyses se font à l'aide d'un prélèvement sanguin.

Le tableau 2 – Prélèvements et analyses recommandés en fonction de l'infection recherchée chez les personnes asymptomatiques (dépistage) présente les analyses et les sites de prélèvement recommandés pour chacune des infections pouvant faire l'objet d'un dépistage.

Pour chaque infection, ce tableau indique quels sont :

- les sites de prélèvement recommandés. Il propose des solutions de rechange lorsqu'on ne peut faire de prélèvement sur le site recommandé. Par exemple, pour le dépistage de l'infection à *Chlamydia trachomatis* chez la femme ayant subi une hystérectomie, le prélèvement vaginal sera privilégié. Le prélèvement urinaire est une alternative acceptable mais offre une sensibilité moindre. Le clinicien tiendra compte des pratiques sexuelles pour déterminer les sites de prélèvement ;
- les analyses recommandées. Il propose des solutions de rechange afin que l'on puisse tenir compte des analyses généralement offertes par les laboratoires serveurs et des échantillons généralement acceptés par ceux-ci ;
- le délai minimal et la fin de la période fenêtre ;
- les particularités et les éléments à considérer pour bien choisir les sites de prélèvement et déterminer quelles analyses doivent être effectuées. Il propose, par exemple, un 1^{er}, un 2^e et un 3^e choix en ce qui concerne les sites de prélèvement et les analyses à effectuer en vue du dépistage de l'infection gonococcique, selon qu'un examen pelvien est requis ou non, et en ce qui a trait aux analyses à effectuer chez les partenaires de personnes atteintes d'une infection gonococcique. Lorsque l'analyse est disponible, il est recommandé d'opter pour le premier choix car il offre une meilleure sensibilité ou permet de vérifier la sensibilité de la souche aux antibiotiques.

Le professionnel doit consulter son laboratoire serveur afin de connaître les analyses disponibles dans son milieu, les sites de prélèvement acceptés et les conditions à respecter pour le prélèvement, la conservation et le transport des spécimens.

55. Les renseignements présentés dans cette section sont basés principalement sur les recommandations pour le dépistage des ITSS du Comité sur les analyses de laboratoire en lien avec les ITSS de l'Institut national de santé publique du Québec. À paraître.

TABLEAU 2

PRÉLÈVEMENTS ET ANALYSES RECOMMANDÉS EN FONCTION DE L'INFECTION RECHERCHÉE CHEZ LES PERSONNES ASYMPTOMATIQUES (DÉPISTAGE¹)²

Renseignements présentés à titre indicatif. Consulter son laboratoire serveur afin de connaître les analyses disponibles dans son milieu, les sites de prélèvement acceptés et les conditions à respecter pour le prélèvement, la conservation et le transport des spécimens.

INFECTION	PRÉLÈVEMENTS	ANALYSES RECOMMANDÉES	DÉLAI MINIMAL ET FIN DE LA PÉRIODE FENÊTRE ³	COMMENTAIRES ET PARTICULARITÉS
Chlamydia⁴ Femme⁵	Vagin Col utérin ⁶ Urine ⁷	TAAN	Délai minimal: inconnu ⁸ Fin de la période fenêtre: 14 jours	Examen pelvien non requis ou femme ayant subi une hystérectomie Examen pelvien requis 1^{er} choix TAAN sur un prélèvement vaginal 2^e choix TAAN sur un prélèvement urinaire TAAN sur un prélèvement vaginal ou du col utérin⁹
	Pharynx	Aucune		TAAN non homologué par Santé Canada et non recommandé pour les prélèvements pharyngés.
	Anus et rectum	TAAN: uniquement chez les travailleuses du sexe	Délai minimal: inconnu ⁸ Fin de la période fenêtre: 14 jours	TAAN recommandé chez les travailleuses du sexe, même si non homologué par Santé Canada pour les prélèvements anorectaux.
Chlamydia⁴ Homme⁵	Urine ⁷ Urètre ⁷	TAAN	Délai minimal: inconnu ⁸ Fin de la période fenêtre: 14 jours	1^{er} choix TAAN sur un prélèvement urinaire 2^e choix TAAN sur un prélèvement urétral
	Pharynx	Aucune		TAAN non homologué par Santé Canada et non recommandé pour les prélèvements pharyngés.
	Anus et rectum	TAAN: uniquement chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH)	Délai minimal: inconnu ⁸ Fin de la période fenêtre: 14 jours	TAAN recommandé chez les HARSAH, même si non homologué par Santé Canada pour les prélèvements anorectaux.

INFECTION	PRÉLÈVEMENTS	ANALYSES RECOMMANDÉES	DÉLAI MINIMAL ET FIN DE LA PÉRIODE FENÊTRE ³	COMMENTAIRES ET PARTICULARITÉS		
Infection gonococcique⁴ Femme⁵	Vagin Col utérin ⁶ Urine ⁷	TAAN Culture	Délai minimal : inconnu pour le TAAN ⁸ et de 48 heures pour la culture Fin de la période fenêtré : 7 jours	Examen pelvien non requis ou femme ayant subi une hystérectomie 1^{er} choix TAAN* sur un prélèvement vaginal 2^e choix TAAN* sur un prélèvement urinaire 3^e choix Culture sur un prélèvement vaginal (seulement si la femme a subi une hystérectomie)	Examen pelvien requis TAAN* sur un prélèvement vaginal ou du col utérin ⁹ Culture sur un prélèvement du col utérin	Partenaire sexuel d'une personne atteinte d'une infection gonococcique TAAN* et culture sur un prélèvement du col utérin TAAN* sur prélèvement vaginal ou urinaire
	Pharynx	Culture TAAN : uniquement chez les travailleuses du sexe et les partenaires sexuels d'une personne atteinte d'une infection gonococcique	Délai minimal : inconnu pour le TAAN ⁸ et de 48 heures pour la culture Fin de la période fenêtré : 7 jours	Femme 1^{er} choix Culture 2^e choix -	Travailleuse du sexe TAAN*, même si non homologué par Santé Canada Culture	Partenaire sexuel d'une personne atteinte d'une infection gonococcique Culture TAAN*, même si non homologué par Santé Canada
	Anus et rectum	Culture TAAN : uniquement chez les travailleuses du sexe et les partenaires sexuels d'une personne atteinte d'une infection gonococcique	Délai minimal : inconnu pour le TAAN ⁸ et de 48 heures pour la culture Fin de la période fenêtré : 7 jours	Femme ayant seulement des relations anorectales¹⁰ 1^{er} choix Culture 2^e choix -	Travailleuse du sexe TAAN*, même si non homologué par Santé Canada Culture	Partenaire sexuel d'une personne atteinte d'une infection gonococcique Culture TAAN*, même si non homologué par Santé Canada

* Si le résultat du TAAN est positif, dans la mesure du possible, une culture pour déterminer la sensibilité de la souche devrait être effectuée avant le traitement. La culture ne doit toutefois pas retarder le traitement.

INFECTION	PRÉLÈVEMENTS	ANALYSES RECOMMANDÉES	DÉLAI MINIMAL ET FIN DE LA PÉRIODE FENÊTRE ³	COMMENTAIRES ET PARTICULARITÉS	
Infection gonococcique⁴ Homme⁵	Urine ⁷ Urètre ⁷	TAAN Culture	Délai minimal : inconnu pour le TAAN ⁸ et de 48 heures pour la culture Fin de la période fenêtré : 7 jours	En général 1^{er} choix TAAN* sur un prélèvement urinaire 2^e choix TAAN* sur un prélèvement urétral 3^e choix Culture sur un prélèvement urétral	Partenaire sexuel d'une personne atteinte d'une infection gonococcique Culture sur un prélèvement urétral suivi d'un TAAN* sur prélèvement urinaire ou urétral TAAN* sur prélèvement urinaire ou urétral
	Pharynx	Culture TAAN : uniquement chez les HARSAH et les partenaires sexuels d'une personne atteinte d'une infection gonococcique	Délai minimal : inconnu pour le TAAN ⁸ et de 48 heures pour la culture Fin de la période fenêtré : 7 jours	Hommes hétérosexuels avec partenaires sexuelles multiples ou à risque élevé d'infection gonococcique 1^{er} choix Culture 2^e choix -	HARSAH TAAN*, même si non homologué par Santé Canada Culture TAAN*, même si non homologué par Santé Canada
	Anus et rectum	Culture TAAN : uniquement chez les HARSAH et les partenaires sexuels d'une personne atteinte d'une infection gonococcique	Délai minimal : inconnu pour le TAAN ⁸ et de 48 heures pour la culture Fin de la période fenêtré : 7 jours	HARSAH 1^{er} choix TAAN*, même si non homologué par Santé Canada 2^e choix Culture	Partenaire sexuel d'une personne atteinte d'une infection gonococcique Culture TAAN*, même si non homologué par Santé Canada
Syphilis	Sang	RPR (analyse non tréponémique) OU EIA ou CIA (analyse tréponémique)	Délai minimal : environ 10 jours Fin de la période fenêtré : 12 semaines	Le laboratoire enverra au Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ) tout spécimen dont le profil sérologique nécessite une confirmation en vue d'un test tréponémique supplémentaire (TP-PA, INNO-LIA).	

* Si le résultat du TAAN est positif, dans la mesure du possible, une culture pour déterminer la sensibilité de la souche devrait être effectuée avant le traitement. La culture ne doit toutefois pas retarder le traitement.

INFECTION	PRÉLÈVEMENTS	ANALYSES RECOMMANDÉES	DÉLAI MINIMAL ET FIN DE LA PÉRIODE FENÊTRE ³	COMMENTAIRES ET PARTICULARITÉS
Hépatite B	Sang	AgHBs	Délai minimal : 1 semaine Fin de la période fenêtre : 12 semaines	L'analyse recommandée pour connaître l'immunité (naturelle ou due à la vaccination) est la recherche des anti-HBs (suivre les recommandations du <i>Protocole d'immunisation du Québec</i> [PIQ]). Cette analyse ne devrait être demandée que si l'absence d'immunité mène à une offre d'immunisation (se référer au PIQ). Les analyses recommandées pour le dépistage de l'hépatite B sont en cours de révision.
Hépatite C	Sang	Selon la situation : anti-VHC ET/OU ARN du VHC	Délai minimal pour l'anti-VHC : 6 semaines Fin de la période fenêtre pour l'anti-VHC : 12 semaines Les notions de délai minimal et de période fenêtre ne sont pas utilisées pour déterminer le moment opportun pour effectuer la recherche de l'ARN du VHC.	Résultat antérieur de la sérologie anti-VHC positif et documenté ET Résultat antérieur de la recherche qualitative de l'ARN du VHC négatif ou non documenté Anti-VHC Si le résultat de l'anti-VHC est positif ou indéterminé, compléter le dépistage avec l'ARN du VHC* L'annexe XII présente les recommandations d'usage quant aux analyses auxquelles il faut avoir recours pour le dépistage de l'hépatite C. Les analyses recommandées pour le dépistage du VHC chez les personnes immunosupprimées ou les personnes vivant avec le VIH peuvent être différentes et sont actuellement en cours de révision. Au besoin, consulter un collègue expérimenté. Le laboratoire enverra au LSPQ tout spécimen pour lequel un résultat anti-VHC faiblement positif ou indéterminé a été obtenu. * Le prélèvement pour une recherche qualitative de l'ARN du VHC doit être effectué au moins 3 semaines après l'exposition. Le professionnel indique sur le formulaire de demande d'analyse les raisons qui justifient la recherche qualitative de l'ARN du VHC (p. ex. : sérologie antérieure anti-VHC positive). ARN du VHC*
VIH	Sang	EIA combinant la détection des anticorps anti-VIH 1 et 2 et de l'Ag p24 (4 ^e génération) OU EIA détectant uniquement les anticorps anti-VIH 1 et 2 (3 ^e génération)	Délai minimal : • 14 jours pour les EIA de 4 ^e génération détectant simultanément les anticorps anti-VIH 1 et 2 et l'Ag p24 • 28 jours pour les EIA de 3 ^e génération détectant uniquement les anticorps anti-VIH 1 et 2 Fin de la période fenêtre : 12 semaines	1^{er} choix Test combinant la détection des anticorps anti-VIH 1 et 2 et de l'Ag p24 (4 ^e génération) 2^e choix Test détectant les anticorps anti-VIH 1 et 2 (3 ^e génération) Le laboratoire enverra au LSPQ tout spécimen pour lequel un résultat positif ou indéterminé a été obtenu. Pour exclure les erreurs de laboratoire et confirmer le diagnostic, tout test de dépistage du VIH pour lequel un résultat positif est obtenu doit être répété à partir d'un second échantillon de sang. Certains points de service réalisent le dépistage du VIH à l'aide de trousses de dépistage rapide sur ponction capillaire ¹¹ . Dans un contexte de recherche, le dépistage du VIH peut être réalisé à partir de prélèvement salivaire ou urinaire.

NOTES

1. Le dépistage est la recherche d'une infection chez une personne asymptomatique. Se référer aux *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement*, mises à jour 2010 ou à votre laboratoire serveur pour les prélèvements et analyses à des fins diagnostiques chez des personnes ayant des symptômes. On peut consulter le site suivant : [www.msss.gouv.qc.ca/itss], section « Professionnels », rubrique « Publications/guides ».
2. Les informations présentées dans ce tableau sont basées principalement sur les recommandations pour le dépistage des ITSS du Comité sur les analyses de laboratoire en lien avec les ITSS de l'Institut national de santé publique du Québec.
3. Le délai minimal est le moment à partir duquel une infection est susceptible d'être détectée. La période fenêtre couvre la période entre l'exposition à une ITSS et le moment où l'infection peut être détectée par une analyse. La fin de la période fenêtre correspond au moment où l'infection peut être détectée chez la majorité des personnes infectées à l'aide d'une analyse. Si le dépistage est effectué avant la fin de la période fenêtre, il faudra en tenir compte dans le counseling et l'interprétation du résultat, qui pourrait être faussement négatif.
4. Une exposition aux antibiotiques avant le prélèvement peut entraîner un résultat faussement négatif.
5. Déterminer les prélèvements en fonction des pratiques sexuelles.
6. La présence de sang (menstruations), d'un excès de mucus ou de pus sur le col utérin peut entraîner un résultat faussement négatif.
7. La personne devrait ne pas avoir uriné depuis au moins une heure.
8. Puisque le délai minimal est inconnu, il est recommandé d'effectuer le prélèvement au moment de la visite initiale.
9. Lorsqu'un examen pelvien est indiqué, certains experts suggèrent d'effectuer le prélèvement vaginal avant d'insérer le spéculum. Cependant, le prélèvement effectué avec le spéculum en place est également acceptable.
10. L'infection anorectale chez la femme survient le plus souvent par contiguïté d'une infection génitale. Les prélèvements sur les sites conventionnels (col utérin, vagin) et les prélèvements urinaires permettent de détecter l'infection.
11. Le *Supplément Dépistage du VIH dans les points de service à l'aide d'une trousse de dépistage rapide* est l'ouvrage de référence pour les professionnels qui utilisent ces trousses. On peut consulter le site suivant : [www.msss.gouv.qc.ca/itss], section « Professionnels », rubrique « Publications/guides ».

Juin 2014

8.7 L'INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS DES ANALYSES DE DÉPISTAGE

Toute analyse de biologie médicale peut produire des résultats faussement positifs ou faussement négatifs. Il est essentiel que la personne à qui on recommande des analyses de dépistage comprenne bien les limites des analyses ainsi que la signification des résultats. Cela doit être abordé à l'occasion du counseling prétest de même que dans le counseling post-test.

8.7.1 Les faux positifs

Généralement, en réalisant le dépistage selon les indications recommandées (voir le Tableau 1 – ITSS à rechercher selon les facteurs de risque décelés), lorsqu'on obtient un résultat positif, la personne est infectée. On peut soupçonner un « faux positif » lorsque le résultat positif d'une analyse de biologie médicale ne semble pas concorder avec le niveau de risque que présente la personne. En pareil cas, il est important de confirmer le résultat à partir d'un deuxième spécimen. Toutefois, l'infirmière doit orienter vers un médecin^{56, 57}, pour évaluation, toute personne présentant un résultat positif, même si elle suspecte qu'il s'agisse d'un faux positif.

8.7.2 Les faux négatifs

Un résultat d'analyse peut être faussement négatif pour plusieurs raisons liées soit à l'analyse, soit au professionnel de la santé, soit à la personne qui a subi les prélèvements.

- Motifs liés à l'analyse et aux conditions de prélèvement, de transport et de conservation :
 - sensibilité imparfaite inhérente à une analyse ;
 - délais non respectés :
 - prélèvement effectué trop tôt après l'exposition ;
 - prélèvement urinaire ou urétral fait trop tôt après la miction ;
 - durée du transport entre le moment du prélèvement et l'arrivée au service de biologie médicale excédant les normes ;
 - conditions de transport ou de manutention inadéquates (p. ex. : échantillon mal protégé contre le froid ou la chaleur) ;
 - matériel de prélèvement ou de transport inadéquat.
- Motifs liés au professionnel de la santé
 - habileté du professionnel à effectuer le prélèvement ;
 - erreur d'écriture (p. ex. : identification, transcription des données au service de biologie médicale).
- Motifs liés à la personne qui a subi les prélèvements
 - exposition aux antibiotiques ;
 - menstruations ;
 - excès de mucus ou présence de pus au col utérin.

56. Si une ordonnance collective ayant pour but d'amorcer le traitement de l'ITSS décelée est en vigueur, l'infirmière applique l'ordonnance collective. Voir l'algorithme 1, au chapitre 1.

57. Les infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne peuvent également intervenir dans cette situation. Pour en savoir plus sur leur rôle, consulter le document *Lignes directrices – Pratique clinique de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne – 2^e édition* (OIIQ, 2013).

9 Le counseling prétest individualisé⁵⁸

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

- favoriser l'adoption et le maintien de comportements sécuritaires ;
- soutenir la prise de décision quant à l'immunisation et au dépistage ;
- créer des conditions favorables au succès du traitement de l'infection ;
- favoriser la participation de la personne atteinte à la démarche visant l'intervention préventive auprès de ses partenaires⁵⁹.

Le counseling prétest est une étape essentielle de l'intervention de dépistage. Il doit obligatoirement précéder tout prélèvement en vue d'une analyse de dépistage.

C'est au cours de cette étape de l'intervention que le professionnel pourra évaluer le niveau de risque que présente la personne en regard des différentes ITSS et déterminer les analyses à effectuer, ce à quoi la personne devra fournir un consentement libre et éclairé. Le counseling prétest est l'occasion de découvrir certains facteurs susceptibles de favoriser l'intervention ou d'en limiter la portée. C'est aussi l'occasion de donner les conseils préventifs appropriés et d'insister sur l'importance de la visite de suivi.

Les fiches cliniques (chapitres 13 à 21) contiennent de l'information qui pourra être utile lors du counseling (p. ex. : évolution de l'infection, analyses de laboratoire, traitement et prévention).

De plus, des outils ont été conçus par le MSSS et ses partenaires (p. ex. : l'INESSS, la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec et l'Institut national de santé publique du Québec [INSPQ]), pour soutenir les activités préventives des cliniciens en matière d'ITSS. La liste de ces outils est présentée à l'annexe VI – Liste d'outils accessibles sur Internet.

Le counseling prétest comprend les éléments décrits ci-après. Son contenu doit toutefois être adapté pour répondre aux besoins spécifiques de la personne.

- Évaluer le niveau de risque et déterminer les infections à dépister :
Obtenir de l'information sur :
 - les données sociodémographiques : âge, sexe, pays de naissance, milieu de vie ;
 - les antécédents médicaux : antécédents d'ITSS et résultat du plus récent dépistage, vaccination, grossesse, IVG, transfusion de sang ou de produits sanguins ;
 - les comportements sexuels : sexe du ou des partenaires, nombre de partenaires, pratiques sexuelles incluant l'utilisation du condom, méthodes de contraception ;

58. Ce chapitre est une adaptation faite à partir de documents produits par le Groupe de travail pour faciliter l'implantation des SIDEp, Service de lutte contre les infections transmissibles sexuellement et par le sang, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003. Il a été légèrement bonifié à la suite de la publication du supplément du présent guide intitulé *Dépistage du VIH dans les points de service à l'aide de trousses de dépistage rapide* (MSSS, 2014). Il fera l'objet de modifications lors de sa prochaine mise à jour.

59. Tiré de : MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Guide d'intervention – Les infections transmissibles sexuellement à déclaration obligatoire*, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2014, 339 p., [En ligne]. [\[http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/e405f34686c1b3bc85257cb500494a83?OpenDocument\]](http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/e405f34686c1b3bc85257cb500494a83?OpenDocument).

- le réseau sexuel : prostitution, fréquentation de saunas, séjour en milieu carcéral, relations sexuelles avec des personnes résidant hors Québec ou en voyage, information sur le ou les partenaires ;
- les habitudes de vie : consommation d'alcool ou de drogues incluant la voie de consommation ;
- le bien-être psychologique et l'état de santé mentale ;
- les autres expositions à du sang ou à d'autres liquides biologiques potentiellement contaminés : tatouage ou perçage dans des conditions non stériles, expositions professionnelles ;
- le moment de la dernière activité comportant un risque de contracter une ITSS.
- Permettre à la personne de fournir un consentement libre et éclairé à l'intervention :
 - Donner des renseignements généraux sur les infections qui devraient faire l'objet du dépistage sur celles pour lesquelles un dépistage n'est pas indiqué⁶⁰ et sur celles pour lesquelles aucune analyse de dépistage n'est disponible.
 - Expliquer les modalités disponibles (analyse nominative, non nominative et anonyme⁶¹) et les mesures prises pour assurer la confidentialité des renseignements. Donner de l'information sur les analyses : types de prélèvements, signification des résultats, limites⁶².
 - Informer sur les avantages et les inconvénients du dépistage de façon générale.
 - Si le dépistage de l'infection par le VIH est effectué, sensibiliser la personne aux aspects légaux et aux conséquences possibles de la non-divulgence d'un statut séropositif à ses partenaires sexuels⁶³.
 - Si le dépistage est indiqué pour une seule des infections suivantes, infection à *Chlamydia trachomatis* ou infection gonococcique, et que le laboratoire analyse les spécimens pour détecter simultanément les deux infections, aviser la personne que le laboratoire cherchera aussi l'infection non indiquée et que les deux résultats lui seront transmis (voir la section 10.4).
 - Préciser les modalités de la déclaration obligatoire de certaines maladies aux autorités régionales de santé publique (voir la section 2.2.1)⁶⁴.
 - Expliquer ce qu'implique la collecte obligatoire de renseignements épidémiologiques à des fins de surveillance continue de l'état de santé de la population au regard de l'infection par le VIH et du sida (voir la section 2.2.2).
 - S'assurer que la personne a bien compris les renseignements transmis, afin d'obtenir un consentement éclairé (voir la section 4.3).

60. Consulter le tableau 1 – ITSS à rechercher selon les facteurs de risque décelés (section 8.5).

61. Consulter la section 5.4 pour connaître les modalités de dépistage ; consulter la direction de santé publique de votre territoire pour connaître les établissements offrant le dépistage anonyme dans votre région.

62. Voir les chapitres 8 et 10 et consulter le tableau 2 – Prélèvements et analyses recommandés en fonction de l'infection recherchée chez les personnes asymptomatiques.

63. Consulter l'annexe XIII, intitulée « L'obligation légale de divulguer son statut sérologique à ses partenaires sexuels ».

64. Pour obtenir des précisions sur l'utilisation des données recueillies à l'occasion d'une déclaration d'ITS, consulter le *Guide d'intervention – Les infections transmissibles sexuellement à déclaration obligatoire* (MSSS, 2014) : [<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/e405f34686c1b3bc85257cb500494a83?OpenDocument>].

- Rechercher les facteurs pouvant favoriser l'intervention ou en limiter la portée :
 - Évaluer la réaction possible à l'annonce d'un résultat positif : acceptation du traitement, déni, violence, suicide ou autre.
 - Évaluer la réaction potentielle de sentiment de fausse sécurité face à un résultat négatif.
 - Selon les ententes en vigueur, prévoir l'organisation nécessaire afin d'orienter la personne pour suivi médical dans l'éventualité d'un résultat positif ou indéterminé et la renseigner sur le type de suivi préconisé.
 - Sensibiliser la personne à l'intervention préventive auprès des partenaires si une infection est détectée ; explorer les moyens à prendre pour réaliser cette démarche⁶⁵.
 - Évaluer le niveau de persistance du risque et la pertinence de procéder immédiatement au dépistage ou de le reporter (voir les sections 8.1 et 8.2).
 - Évaluer la pertinence de dépistages périodiques (voir la section 8.4).
- Offrir un counseling préventif en fonction des risques décelés :
 - Décrire les activités sexuelles plus sécuritaires⁶⁶, expliquer comment réduire le niveau de risque associé aux activités sexuelles :
 - utilisation systématique et constante du condom ou de la barrière de latex (selon les activités sexuelles) ;
 - rappel concernant le mode d'emploi du condom ou de la barrière de latex (selon les activités sexuelles) ;
 - information sur les autres méthodes barrières, au besoin (dissuader la personne d'utiliser le Nonoxynol-9 pour la prévention des ITSS) ;
 - double protection conférée par l'utilisation de contraceptifs oraux et de condoms.
 - Discuter des situations favorisant la prise de risques : circonstances de rencontre des partenaires, activités sexuelles après la consommation d'alcool ou de drogues.
 - Expliquer comment réduire les méfaits liés à la consommation de drogues et d'alcool : pratiques d'injection ou d'inhalation à risques réduits, modes de consommation autres que l'injection, abstinence.
 - Offrir ou compléter la vaccination contre les hépatites A ou B si la personne appartient aux groupes à risque⁶⁷.
 - Offrir ou compléter la vaccination contre le VPH, si la personne appartient à un des groupes visés⁶⁷.
 - Offrir des documents d'information⁶⁸.

65. Consulter, à l'annexe VI, l'outil d'aide à la pratique clinique intitulé « Les partenaires sexuels, il faut s'en occuper ! » : [<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/08469bf531cc3cd585257d11005fe0f3?OpenDocument>].

66. Consulter, à l'annexe VI, l'outil d'aide à la pratique clinique intitulé « Estimation du risque associé aux activités sexuelles » : [<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/48ba712817d5747685257d11005e1999?OpenDocument>].

67. Consulter le PIQ : [<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/6335dde40226af59852575cc0048804d?OpenDocument>] et, à l'annexe VI, l'outil d'aide à la pratique clinique intitulé « Vaccination et ITSS » : [<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/dd2199c7d6cb392e85257d110061dc08?OpenDocument>].

68. Consulter, à l'annexe VI, l'outil d'aide à la pratique intitulé « Liste des dépliants et brochures à l'intention des patients » : [<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/a84e58dff9a3ac5d85257d1100602b37?OpenDocument>].

- Assister la personne dans sa prise de décision quant à l'adoption et au maintien de comportements plus sécuritaires :
 - Vérifier la perception de la personne quant aux risques décelés.
 - Évaluer son intention d'adopter des comportements plus sécuritaires.
 - Déceler les obstacles à la prévention et soutenir la recherche de solutions.
 - Discuter avec la personne des actions qu'elle entend entreprendre pour une prise en charge de sa santé sexuelle et pour la réduction des méfaits liés à la consommation de drogues et d'alcool.
- Favoriser la présence à la visite de suivi (pour la communication des résultats) :
 - Insister sur l'importance de la visite de suivi.
 - Convenir, si nécessaire, de moyens de relance sans bris de confidentialité en cas d'absence au rendez-vous de suivi.

10 Les prélèvements, la conservation et le transport des spécimens pour analyse

Après avoir évalué les indications de dépistage et effectué le counseling prétest, le professionnel peut procéder aux prélèvements de spécimens pour analyse ou il peut compléter un formulaire de demande d'analyse et diriger la personne vers un autre professionnel pour que celui-ci effectue les prélèvements. S'il procède aux prélèvements, il doit d'abord se familiariser avec les exigences du laboratoire serveur en ce qui a trait aux méthodes de prélèvement, de conservation et de transport des échantillons. Par ailleurs, le professionnel doit s'assurer de la mise à jour régulière de ses connaissances en regard de l'arrivée constante de nouveautés technologiques pouvant commander une procédure particulière.

10.1 LES LABORATOIRES D'ANALYSES DE BIOLOGIE MÉDICALE RECONNUS

Le professionnel qui effectue le dépistage des ITSS doit soumettre les prélèvements aux fins d'analyse à des laboratoires d'analyses de biologie médicale publics du réseau de la santé et des services sociaux du Québec ou à des laboratoires d'analyses de biologie médicale privés détenteurs d'un permis d'opération délivré par le ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec.

10.2 L'ENTENTE POUR PRESTATION DE SERVICES DE BIOLOGIE MÉDICALE

10.2.1 Les conditions en établissement

Un établissement dépourvu d'un service de biologie médicale, mais offrant un service de dépistage des ITSS, doit établir une entente pour prestation de services de biologie médicale avec un laboratoire serveur. Cette entente précise les modalités d'accès aux services de biologie médicale. Les accords négociés doivent faire l'objet d'un examen périodique afin de garantir que les exigences, y compris les procédures préanalytiques et postanalytiques, sont correctement définies, documentées et comprises⁶⁹.

La direction des soins infirmiers, en concertation avec la direction responsable de la mise en œuvre du PAL en santé publique, doit transmettre au responsable du service de biologie médicale de l'établissement, ou au responsable du service de biologie médicale avec lequel une entente pour prestation de services a été conclue, la liste des infirmières (nom et numéro de permis) qui demanderont des analyses.

10.2.2 Les conditions hors établissement

Si l'infirmière n'est pas rattachée à un établissement du réseau de la santé et des services sociaux, une entente pour prestation de services de biologie médicale doit être établie entre cette infirmière et un laboratoire serveur. Cette entente précise les modalités d'accès aux services de biologie médicale. La direction responsable de la mise en œuvre du PAL en santé publique du CSSS du territoire où exerce cette infirmière doit transmettre, au responsable du service de biologie médicale avec lequel une entente de service a été conclue (voir la section 3.3), le nom et le

69. Norme internationale ISO 15189-03, Laboratoires d'analyses de biologie médicale – Exigences particulières concernant la qualité et la compétence, première édition, 15 février 2003.

numéro de permis de l'infirmière autorisée à « initier des mesures diagnostiques à des fins de dépistage dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la Loi sur la santé publique ». Les accords négociés doivent faire l'objet d'un examen périodique afin de garantir que les exigences, y compris les procédures préanalytiques et postanalytiques, sont correctement définies, documentées et comprises⁶⁹.

10.2.3 Les procédures préanalytiques

Le service de biologie médicale doit fournir par écrit toute l'information requise à la phase préanalytique. Des instructions relatives au prélèvement et à la manipulation des spécimens doivent être formulées par écrit et mises à la disposition des responsables du prélèvement des spécimens. Ces instructions doivent figurer dans un manuel de prélèvement des spécimens⁶⁹.

Le professionnel effectuant des activités de dépistage des ITSS (professionnel autorisé) doit se conformer aux exigences particulières du laboratoire serveur concernant les procédures préanalytiques : formulaire de demande d'analyse à utiliser, renseignements à inscrire sur le formulaire de demande d'analyse, identification des spécimens, instructions relatives au prélèvement et à la manipulation des spécimens tels que la conservation, le transport et les délais à respecter.

Le service de biologie médicale doit communiquer au professionnel autorisé ses exigences concernant les données requises sur le formulaire de demande d'analyse et ses critères de non-conformité ou de rejet d'un spécimen ou d'une demande d'analyse. En général, les critères de non-conformité ou de rejet d'une analyse de biologie médicale sont :

- une demande non spécifiée ;
- un prélèvement inadéquat ;
- un spécimen non identifié ;
- un spécimen mal conservé ;
- l'absence de précision sur le site anatomique où le prélèvement a été effectué ;
- un délai trop long entre le moment du prélèvement et l'arrivée du spécimen au service de biologie médicale ;
- une identification de la personne chez qui le prélèvement a été effectué non conforme aux exigences du service de biologie médicale ;
- une identification du professionnel et de son lieu d'exercice incomplète ou illisible.

Voici quelques exemples de formulation de demandes d'analyses qui seraient jugées irrecevables :

- dépistage ITS ;
- bilan MTS ;
- EIA ;
- Immunofluorescence ;
- PCR ;
- TAAN.

Dans tous ces exemples, l'analyse serait refusée car il manque un élément essentiel, soit l'information concernant l'agent infectieux recherché. De plus, dans les deux premiers exemples, le professionnel requérant a demandé plusieurs analyses en inscrivant « Dépistage ITS » ou « Bilan MTS ». Les termes *bilan* et *dépistage* sont trop vagues : les services de biologie médicale ont besoin de connaître précisément l'analyse demandée. Par ailleurs, la demande de « bilan » ne constitue pas une bonne pratique en matière de biologie médicale.

Les formulations qui suivent seraient acceptables pour autant que le site anatomique du prélèvement soit indiqué :

- culture GONO ;
- recherche de chlamydia ;
- TAAN pour GONO ;
- PCR ou TAAN chlamydia + culture GONO ;
- TAAN ou PCR chlamydia + TAAN ou PCR GONO.

10.3 LE MATÉRIEL DE PRÉLÈVEMENT ET DE TRANSPORT

Tout le matériel utilisé pour effectuer les prélèvements et servant au transport des spécimens doit respecter les dates de péremption indiquées, être sécuritaire et en bon état. La taille et le type des écouvillons doivent être adaptés au site anatomique, au micro-organisme recherché et au type d'analyse demandé.

10.4 LE FORMULAIRE DE DEMANDE D'ANALYSE

Le professionnel doit s'assurer de bien identifier les spécimens recueillis et de remplir le formulaire de demande d'analyse selon les spécifications du service de biologie médicale. Les données minimales généralement requises pour qu'un service de biologie médicale accepte une demande d'analyse sont les suivantes :

- l'identification de la personne chez qui le spécimen a été prélevé ;
- le nom ou tout autre moyen d'identification unique du professionnel (nom, signature et numéro de permis du médecin ou de l'infirmière) ;
- s'il s'agit d'une infirmière, le nom de l'établissement auquel elle est rattachée ;
- l'adresse de destination du compte rendu (résultat ou rapport d'analyse) ;
- les renseignements cliniques pertinents, comprenant au minimum le sexe et la date de naissance pour les besoins d'interprétation du résultat ;
- la nature (le nom) de l'analyse demandée (culture, TAAN, sérologie) ;
- le nom du micro-organisme recherché (p. ex. : *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*) ;
- le site anatomique du prélèvement (gorge, col utérin, urètre, anus) ;
- la date et l'heure du prélèvement du spécimen ;
- le type de spécimen (urine, sang, sécrétions).

L'infirmière doit inscrire « Dépistage » sur le formulaire de demande d'analyse afin d'indiquer au personnel du service de biologie médicale que l'analyse est effectuée, à des fins de dépistage, dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la Loi sur la santé publique.

Dans le cas où l'analyse provient d'un SIDEP offrant le dépistage des ITSS sur une base anonyme ou non nominative, les renseignements fournis pourraient se limiter à un code et au nom et aux coordonnées du professionnel qui a demandé l'analyse et à qui le résultat doit être acheminé. Cette modalité doit être considérée comme une mesure d'exception.

La plupart des laboratoires du Québec qui utilisent des TAAN analysent les spécimens pour détecter simultanément l'infection à *Chlamydia trachomatis* et l'infection gonococcique par TAAN. Ces laboratoires obtiennent deux résultats qu'ils transmettent au clinicien. Dans ce cas, le clinicien :

- demande les analyses indiquées conformément aux indications de dépistage (voir le tableau 1 – ITSS à rechercher selon les facteurs de risque décelés) ;
- choisit les sites et les types de prélèvements les plus appropriés pour la personne (voir le tableau 2 – Prélèvements et analyses recommandés en fonction de l'infection recherchée chez les personnes asymptomatiques) ;
- assure le suivi selon les résultats obtenus pour les deux infections (voir la section 11.2).

Si le dépistage est indiqué pour une seule des deux infections, au moment du dépistage, il avise la personne que le laboratoire cherchera aussi l'infection non indiquée et que les deux résultats lui seront transmis.

10.5 LE TRANSPORT ET LA CONSERVATION

Après le prélèvement, les écouvillons doivent être déposés dans un milieu de transport approprié à la technique de détection qui sera utilisée, conformément aux exigences du service de biologie médicale. Les urines et les prélèvements sanguins doivent être placés dans des contenants appropriés pour le transport.

Le milieu de transport doit ensuite être placé dans un sac de plastique transparent portant la mention « matériel biologique ». Afin d'éviter toute contamination ou détérioration du formulaire de demande d'analyse, il est important que ce formulaire ne soit pas placé à l'intérieur du sac avec le spécimen.

Il est essentiel de respecter les conditions de stockage et de transport des spécimens (température spécifique, agents stabilisants, etc.) de même que les délais de transport appropriés selon la nature des analyses demandées. Le matériel doit être identifié clairement comme matériel biologique et respecter les règles qui s'appliquent pour le transport.

10.6 LES TECHNIQUES D'ANALYSE⁷⁰

Certaines techniques ne sont pas reconnues pour l'analyse de prélèvements de certains sites anatomiques. Le professionnel autorisé doit vérifier avec le responsable clinique du service de biologie médicale quels sont les sites anatomiques approuvés selon les techniques.

Pour le dépistage de l'infection à *Chlamydia trachomatis* et de l'infection gonococcique par TAAN :

- Toutes les trousse utilisées au Québec sont homologuées par Santé-Canada pour être utilisées sur des spécimens urinaires (hommes et femmes) et du col de l'utérus.
- L'analyse de spécimens urétraux masculins et vaginaux dépend de la trousse utilisée. Il importe de vérifier avec le laboratoire serveur quels sont les sites de prélèvements acceptables selon la trousse utilisée.

70. Les renseignements présentés dans cette section sont basés principalement sur les recommandations pour le dépistage des ITSS du Comité sur les analyses de laboratoire en lien avec les ITSS de l'Institut national de santé publique du Québec. À paraître

- Les trousses homologuées pour le prélèvement vaginal le sont en général pour un prélèvement effectué par le clinicien ou par la femme elle-même dans un contexte clinique.
- Actuellement, aucune trousse de TAAN n'est homologuée par Santé Canada pour les analyses à partir de prélèvements ano-rectaux ou pharyngés. Les trousses disponibles n'offrent pas toutes la même sensibilité et spécificité pour les prélèvements à partir de ces sites. Le TAAN à partir de prélèvements ano-rectaux ou pharyngés n'est pas recommandé dans la population générale (la probabilité d'obtenir un résultat faussement positif est élevée). Néanmoins, l'utilisation de ces analyses peut être recommandée dans certaines situations (relation orale avec une personne atteinte d'une infection gonococcique) ou chez des populations spécifiques (HARSAH et travailleuses du sexe). Si des prélèvements ano-rectaux ou pharyngés sont indiqués, il importe de vérifier avec le laboratoire serveur si ces sites de prélèvements sont acceptés.

11 La communication des résultats d'analyse et le counseling post-test individualisé⁷¹

La communication d'un résultat positif permet de procéder à une intervention préventive puisqu'une personne atteinte d'une ITSS est souvent particulièrement réceptive à des messages de prévention. Cette intervention préventive répond à des objectifs particuliers de santé publique, soit la réduction de la durée de l'infectiosité, la réduction du taux d'exposition et la réduction de l'efficacité de la transmission.

Les fiches cliniques (chapitres 13 à 21) contiennent de l'information qui pourra être utile lors du counseling post-test (p. ex. : évolution de l'infection, analyses de laboratoire, traitement et prévention).

De plus, des outils ont été conçus par le MSSS et ses partenaires (p. ex. : l'INESSS, la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec et l'INSPQ), pour soutenir les activités préventives des cliniciens en matière d'ITSS. La liste de ces outils est présentée à l'annexe VI – Liste d'outils accessibles sur Internet.

Le counseling post-test doit être adapté selon résultat de l'analyse lui-même (positif, indéterminé ou négatif), selon la nature de l'ITSS en cause et selon les besoins spécifiques de la personne.

11.1 LE COUNSELING POST-TEST LORSQUE LE RÉSULTAT DU DÉPISTAGE EST NÉGATIF

Un résultat négatif au dépistage d'une ou de plusieurs ITSS ne signifie pas pour autant l'absence de facteurs de risque et n'exclut pas la nécessité de conseils préventifs. Lorsque le résultat du dépistage est négatif, le counseling post-test doit comprendre les éléments décrits ci-après.

- Faire un retour sur la visite antérieure :
 - Revenir sur les risques décelés et rappeler la nature des analyses effectuées, puis communiquer le résultat des analyses de manière claire et sensible.
- Donner de l'information sur la signification d'un résultat négatif d'analyse à des fins de dépistage et sur les limites du dépistage (voir les sections 8.1, 8.2 et 8.7) :
 - Signaler qu'un résultat négatif est fiable (si la possibilité d'un résultat faussement négatif est exclue) mais n'exclut pas la présence d'une infection s'il y a eu exposition subséquente au dépistage.
 - Expliquer que l'absence d'une infection à un moment précis n'est pas un indicateur d'immunité ou de résistance à l'infection.
 - Rappeler que certaines ITSS ne font pas l'objet d'un dépistage et, conséquemment, un résultat négatif à une ou plusieurs analyses n'est pas une garantie de l'absence d'ITSS.

71. Ce chapitre est une adaptation faite à partir de documents produits par le Groupe de travail pour faciliter l'implantation des SIDEPS, Service de lutte contre les infections transmissibles sexuellement et par le sang, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003. Il a été légèrement bonifié à la suite de la publication du supplément du présent guide intitulé *Dépistage du VIH dans les points de service à l'aide de trousses de dépistage rapide* (MSSS, 2014) et des travaux de mise à jour des programmes nationaux de formation en ITSS de l'INSPQ. Il fera l'objet de modifications lors de sa prochaine mise à jour.

- Évaluer la possibilité d'un résultat faussement négatif :
 - Évaluer la possibilité que l'analyse ait été effectuée pendant une période fenêtre (voir les sections 8.1 et 8.2) : rechercher les activités à risque au cours de cette période.
 - Évaluer la possibilité d'autres facteurs pouvant donner un résultat faussement négatif.
 - Évaluer la pertinence de répéter l'analyse.
- Évaluer la persistance du risque et la pertinence d'un dépistage périodique (voir la section 8.4) :
 - Réévaluer la présence de facteurs de risque.
- Poursuivre le counseling préventif en fonction des risques décelés (voir, au chapitre 9, la rubrique « Offrir un counseling préventif en fonction des risques décelés ») :
 - Revoir les activités sexuelles de la personne et lui expliquer comment réduire le niveau de risque associé aux activités sexuelles⁷².
 - Revoir les habitudes de consommation d'alcool ou de drogues de la personne et lui expliquer comment réduire les méfaits liés à sa consommation.
 - Offrir ou compléter la vaccination contre les hépatites A ou B si la personne appartient à un des groupes à risque⁷³.
 - Offrir ou compléter la vaccination contre le VPH, si la personne appartient à un des groupes visés⁷³.
 - Offrir des documents d'information⁷⁴.
- Assister la personne dans sa prise de décision quant à l'adoption et au maintien de comportements plus sécuritaires :
 - Vérifier la perception de la personne quant aux risques décelés.
 - Évaluer son intention d'adopter des comportements plus sécuritaires.
 - Déceler les obstacles à la prévention et soutenir la recherche de solutions.
 - Discuter avec la personne des actions qu'elle entend entreprendre pour une prise en charge de sa santé sexuelle ou pour la réduction des méfaits liés à sa consommation de drogues ou d'alcool.
- Évaluer le besoin de visite(s) de suivi :
 - Préciser quelles sont les raisons qui justifient une visite de suivi :
 - compléter l'immunisation ;
 - en fonction de l'évaluation des risques, juger de la pertinence de recommander un dépistage périodique des ITSS (voir la section 8.4) ou un suivi sur l'adoption de comportements sécuritaires.

72. Consulter, à l'annexe VI, l'outil d'aide à la pratique intitulé « Estimation du risque associé aux activités sexuelles » : [\[http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/48ba712817d5747685257d11005e1999?OpenDocument\]](http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/48ba712817d5747685257d11005e1999?OpenDocument).

73. Consulter le PIQ : [\[http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/6335dde40226af59852575cc0048804d?OpenDocument\]](http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/6335dde40226af59852575cc0048804d?OpenDocument) et, à l'annexe VI, l'outil d'aide à la pratique clinique intitulé « Vaccination et ITSS » : [\[http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/dd2199c7d6cb392e85257d110061dc08?OpenDocument\]](http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/dd2199c7d6cb392e85257d110061dc08?OpenDocument).

74. Consulter, à l'annexe VI, l'outil d'aide à la pratique intitulé « Liste des dépliants et brochures à l'intention des patients » : [\[http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/a84e58dff9a3ac5d85257d1100602b37?OpenDocument\]](http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/a84e58dff9a3ac5d85257d1100602b37?OpenDocument).

- Insister sur l'importance de la visite de suivi si elle est indiquée.
- Convenir, si nécessaire, des moyens de relance sans bris de la confidentialité en cas d'absence au rendez-vous de suivi.

11.2 LE COUNSELING POST-TEST LORSQUE LE RÉSULTAT DU DÉPISTAGE D'UNE ITS BACTÉRIENNE EST POSITIF

Lorsque le résultat du dépistage d'une ITS bactérienne est positif, le counseling post-test devrait comprendre les éléments décrits ci-après. Ces sujets peuvent être abordés au cours d'une ou de plusieurs visites.

- Faire un retour sur la visite antérieure :
 - Revenir sur les risques décelés et rappeler la nature des analyses effectuées, puis communiquer le résultat des analyses de manière claire et sensible.
- Donner de l'information sur l'infection qui a été détectée et sur la signification d'un résultat d'analyse positif (voir les sections 8.1, 8.2 et 8.7) :
 - Rappeler la nature de l'analyse effectuée.
 - Explorer le niveau de connaissances de la personne en ce qui concerne l'infection qui a été détectée.
 - Évaluer la compréhension que la personne a de la signification du résultat.
 - Présenter l'évolution naturelle de l'infection, les symptômes à surveiller, les complications possibles.
 - Signaler la possibilité de réinfection.
 - Si une ordonnance collective ayant pour but d'amorcer le traitement de l'ITSS décelée est en vigueur, l'infirmière applique cette ordonnance.
 - En l'absence d'ordonnance collective, l'infirmière fournit de l'information sur le traitement et oriente vers un médecin⁷⁵ toute personne dont les résultats de dépistage sont positifs ou indéterminés, selon les règles en vigueur dans son milieu de travail.
 - Rappeler à la personne qui a reçu un résultat positif les modalités de la déclaration obligatoire aux autorités régionales de santé publique ; selon les ententes entre l'établissement ou le professionnel et la DSP de son territoire, l'informer de la possibilité qu'une enquête épidémiologique soit effectuée ou qu'un professionnel de la santé publique communique avec elle afin de lui offrir un soutien pour la démarche à faire auprès de ses partenaires⁷⁶.
 - Offrir des documents d'information⁷⁷.

75. Les infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne peuvent également intervenir dans cette situation. Pour en savoir plus sur leur rôle, consulter le document *Lignes directrices – Pratique clinique de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne – 2^e édition* (OIIQ, 2013).

76. Consulter le document suivant : *Guide d'intervention – Les infections transmissibles sexuellement à déclaration obligatoire* (MSSS, 2014, p. 84-85) : [\[http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/e405f34686c1b3bc85257cb500494a83?OpenDocument\]](http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/e405f34686c1b3bc85257cb500494a83?OpenDocument), et, à l'annexe VI du présent guide, l'outil d'aide à la pratique intitulé « Les partenaires sexuels, il faut s'en occuper ! » : [\[http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/08469bf531cc3cd585257d11005fe0f3?OpenDocument\]](http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/08469bf531cc3cd585257d11005fe0f3?OpenDocument).

77. Consulter, à l'annexe VI, l'outil d'aide à la pratique intitulé « Liste des dépliants et brochures à l'intention des patients » : [\[http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/a84e58dff9a3ac5d85257d1100602b37?OpenDocument\]](http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/a84e58dff9a3ac5d85257d1100602b37?OpenDocument).

- Conseiller la personne atteinte sur les mesures à prendre pour limiter la transmission de l'infection:
 - Rappeler les modes de transmission des ITSS.
 - Préciser la durée de la période de contagiosité⁷⁸ et recommander l'utilisation d'une méthode appropriée pour éviter la transmission (abstinence, condom, etc.).
 - Rappeler les risques de transmission de l'infection aux partenaires sexuels :
 - tant que le traitement n'a pas été complété ou jusqu'à 7 jours après la prise d'un traitement unidose ;
 - jusqu'à la disparition complète des symptômes.
 - Revoir les pratiques sexuelles favorisant une sexualité sécuritaire et préciser les éléments spécifiques à améliorer⁷⁹.
- Conseiller la personne atteinte sur les mesures à prendre pour diminuer le risque de complications :
 - Encourager la personne atteinte à suivre le traitement tel que recommandé.
 - Lorsque cela est nécessaire, insister sur l'importance de consulter rapidement le médecin pour obtenir un examen médical et un traitement.
 - Informer la personne atteinte de la gratuité des médicaments pour le traitement des ITS sur présentation de la carte d'assurance maladie du Québec ou d'un carnet de réclamation en vigueur délivré en vertu des articles 70 ou 71 de la Loi sur l'assurance maladie⁸⁰.
 - Recommander de s'abstenir d'avoir des relations sexuelles avec ses partenaires antérieurs non traités pour prévenir une nouvelle infection.
 - Si la personne est atteinte d'une infection à *C. trachomatis*, répéter le dépistage de l'infection à *C. trachomatis* de trois à six mois après le traitement de l'infection.
 - Si la personne est atteinte d'une infection gonococcique, répéter le dépistage de l'infection gonococcique de trois à six mois après le traitement de l'infection. Procéder également au dépistage de l'infection à *C. trachomatis*.
- Conseiller la personne atteinte sur les autres mesures préventives existantes :
 - Offrir la vaccination contre les hépatites A ou B, ou compléter cette vaccination, si la personne appartient à un des groupes à risque⁸¹.
 - Offrir la vaccination contre le VPH, ou compléter cette vaccination, si la personne appartient à l'un des groupes visés⁸¹.
 - En fonction de l'évaluation des risques, juger de la pertinence de recommander un dépistage périodique des ITSS (voir la section 8.4) ou un suivi sur l'adoption de comportements sécuritaires.

78. Consulter, à l'annexe VI, l'outil d'aide à la pratique clinique intitulé « Les partenaires sexuels, il faut s'en occuper ! » : [<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/08469bf531cc3cd585257d11005fe0f3?OpenDocument>].

79. Consulter, à l'annexe VI, l'outil d'aide à la pratique clinique intitulé « Estimation du risque associé aux activités sexuelles » : [<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/48ba712817d5747685257d11005e1999?OpenDocument>].

80. Consulter, à l'annexe IV, l'outil d'aide à la pratique clinique intitulé « Renseignements complémentaires » : [<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/da8aba03ca131e5785257d11006124c9?OpenDocument>].

81. Consulter le PIQ : [<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/6335dde40226af59852575cc0048804d?OpenDocument>] et, à l'annexe VI, l'outil d'aide à la pratique clinique intitulé « Vaccination et ITSS » : [<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/dd2199c7d6cb392e85257d110061dc08?OpenDocument>].

- Assister la personne dans sa prise de décision quant à l'adoption et au maintien de comportements plus sécuritaires :
 - Vérifier la perception de la personne quant aux risques décelés.
 - Évaluer son intention d'adopter des comportements plus sécuritaires.
 - Déceler les obstacles à la prévention et soutenir la recherche de solutions.
 - Discuter avec la personne des actions qu'elle entend entreprendre pour une prise en charge de sa santé sexuelle ou pour la réduction des méfaits liés à la toxicomanie.
- Discuter de l'intervention préventive à effectuer auprès des partenaires :

L'efficacité de cette intervention 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.

Souvent, le seul moyen de permettre aux partenaires d'une personne atteinte d'avoir accès à des services (évaluation, dépistage et traitement) consiste à faire en sorte qu'ils soient informés de leur exposition. Tous les partenaires sexuels exposés, et non pas uniquement le partenaire régulier, doivent être identifiés, joints, examinés et conseillés en matière de prévention et recevoir un traitement épidémiologique dans les délais les plus courts possible.

Le counseling relatif à l'intervention préventive auprès des partenaires sexuels (effectué auprès du cas-index) et la notification aux partenaires proprement dite sont présentés de façon détaillée dans le document intitulé *Guide d'intervention – Les infections transmissibles sexuellement à déclaration obligatoire*⁸².

L'outil d'aide à la pratique intitulé « Les partenaires sexuels, il faut s'en occuper ! »⁸³ précise le rôle du professionnel de la santé et celui du professionnel de santé publique. Il permet d'identifier les partenaires à joindre en fonction de la période de contagiosité. Cet outil présente également des moyens pour que l'intervention préventive auprès de la personne atteinte soit réalisée, incluant des moyens pour la préparer à aviser ses partenaires.

- Porter une attention particulière aux femmes enceintes ou en âge de procréer :
 - Donner de l'information sur le risque de transmission de l'infection au nouveau-né et sur les complications qui peuvent en découler ;
 - Informer sur le traitement qui permettra de soigner l'infection et de protéger le nouveau-né. Une évaluation médicale, un suivi et, dans certains cas, un traitement seront également offerts au nouveau-né⁸⁴.
- Planifier les démarches nécessaires pour le suivi médical :
 - En l'absence d'ordonnance collective, l'infirmière :

82. Consulter le *Guide d'intervention – Les infections transmissibles sexuellement à déclaration obligatoire* (MSSS, 2014) : [<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/e405f34686c1b3bc85257cb500494a83?OpenDocument>].

83. Cet outil se trouve à l'annexe VI et à l'adresse suivante : [<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/08469bf531cc3cd585257d11005fe0f3?OpenDocument>].

84. Consulter, à l'annexe VI, l'outil d'aide à la pratique intitulé « Liste des dépliants et brochures à l'intention des patients » : [<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/a84e58dff9a3ac5d85257d1100602b37?OpenDocument>].

- transmet à la personne, selon les ententes et les modalités en vigueur, les renseignements requis afin de favoriser la continuité des soins (on pourra à ce sujet utiliser le formulaire d’orientation pour suivi médical : annexe VII) ;
 - insiste sur l’importance de consulter un médecin⁸⁵, qui posera le diagnostic et vérifiera la présence possible de complications ;
 - explique que les questions plus précises sur le traitement doivent être abordées avec le médecin.
- Convenir, si nécessaire, des moyens de relance sans bris de la confidentialité en cas d’absence au rendez-vous de suivi.

11.3 LE COUNSELING POST-TEST LORSQUE LE RÉSULTAT DU DÉPISTAGE DE L’HÉPATITE B EST POSITIF

À la suite d’un résultat positif au dépistage de l’hépatite B, le counseling post-test devrait comprendre les éléments décrits ci-après. Ces sujets peuvent être abordés au cours d’une ou de plusieurs visites.

- Faire un retour sur la visite antérieure :
 - Revenir sur les risques décelés, rappeler la nature des analyses effectuées, puis communiquer le résultat des analyses de manière claire et sensible.
- Donner de l’information sur la signification du résultat (voir les sections 8.1 et 8.2) :
 - Rappeler les explications sur la nature de l’analyse.
 - Évaluer la compréhension que la personne a de la signification du résultat.
 - Possibilité d’autres analyses pour le diagnostic : si indiqué, elles seront prescrites par le médecin pour une investigation à la suite d’un résultat HBsAg positif.
 - Rappeler à la personne qui a reçu un résultat positif les modalités de la déclaration obligatoire aux autorités régionales de santé publique ; selon les modalités d’intervention de la DSP de son territoire, l’informer de la possibilité qu’une enquête épidémiologique soit effectuée ou qu’un professionnel de la santé publique communique avec elle afin de réaliser une intervention préventive auprès de ses contacts domiciliaires et auprès de ses partenaires sexuels⁸⁶.
- Donner de l’information sur l’hépatite B :
 - Explorer le niveau de connaissances de la personne en ce qui concerne l’hépatite B ;
 - Exposer brièvement l’évolution naturelle de l’infection.
 - Fournir de l’information générale sur les traitements.
 - Expliquer que les questions plus précises sur le traitement doivent être abordées avec le médecin.
 - Offrir des documents d’information⁸⁷.

85. Les infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne peuvent également intervenir dans cette situation. Pour en savoir plus sur leur rôle, consulter le document *Lignes directrices – Pratique clinique de l’infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne* – 2^e édition (OIIQ, 2013).

86. Consulter le *Guide d’intervention – L’hépatite B* – Janvier 2014 – 2^e édition (MSSS, 2014) : [\[http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/b9b6f5e532b8ff9385257c940051ff63?OpenDocument\]](http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/b9b6f5e532b8ff9385257c940051ff63?OpenDocument).

87. Consulter, à l’annexe VI, l’outil d’aide à la pratique intitulé « Liste des dépliants et brochures à l’intention des patients » : [\[http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/a84e58dff9a3ac5d85257d1100602b37?OpenDocument\]](http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/a84e58dff9a3ac5d85257d1100602b37?OpenDocument).

- Conseiller la personne atteinte sur les mesures à prendre pour limiter la transmission du VHB :
 - Expliquer quels sont les modes de transmission de l'infection et quelles sont les situations où celle-ci ne peut être transmise.
 - Évaluer les connaissances et croyances de la personne.
 - Rappeler les précautions à prendre pour éviter que d'autres personnes ne soient en contact avec son sang :
 - s'abstenir de faire des dons de sang, de sperme, d'organes ou de tissus ;
 - ne pas partager d'objets servant à l'hygiène personnelle (p. ex. : rasoir, ciseaux, coupe-ongles, brosse à dents, etc.) ;
 - couvrir soigneusement toute coupure ou plaie ouverte et se débarrasser en toute sécurité de tout objet contaminé par du sang.
 - S'il y a lieu, expliquer comment réduire les méfaits liés à la consommation d'alcool ou de drogues : évaluer les pratiques de consommation de drogues, recommander des pratiques plus sécuritaires, en particulier le non-partage du matériel de préparation, d'injection et d'inhalation de drogues et le non-partage de la drogue elle-même, envisager avec elle des modes de consommation autres que l'injection ou l'inhalation et, diriger la personne vers des ressources pouvant lui offrir un soutien spécialisé en toxicomanie⁸⁸.
 - Revoir les pratiques sexuelles favorisant une sexualité sécuritaire et préciser les éléments spécifiques à améliorer⁸⁹.
- Conseiller la personne atteinte sur les mesures à prendre pour diminuer le risque de complications :
 - Encourager la personne atteinte à suivre les recommandations de l'équipe traitante (p. ex. : suivi médical régulier et traitement, lorsque cela est indiqué).
 - Recommander d'éviter la consommation d'alcool.
 - Offrir la vaccination contre l'hépatite A, ou compléter cette vaccination, si la personne appartient à un des groupes à risque⁹⁰.
 - Le cas échéant, offrir la vaccination recommandée aux porteurs chroniques d'hépatite B⁹⁰ ou compléter cette vaccination.
 - Discuter de l'importance de consulter un pharmacien ou un médecin avant de consommer des médicaments en vente libre ou des produits naturels.
 - Inviter la personne atteinte à informer son pharmacien ou son médecin de son infection par le VHB lorsqu'elle doit prendre un nouveau médicament pour une autre condition.

88. Consulter, à l'annexe VI, l'outil d'aide à la pratique clinique intitulé « Ressources – Intervention préventive relative aux ITSS » : [<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/2af13ea8bb2b10af85257d110061b708?OpenDocument>].

89. Consulter, à l'annexe VI, l'outil d'aide à la pratique clinique intitulé « Estimation du risque associé aux activités sexuelles » : [<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/48ba712817d5747685257d11005e1999?OpenDocument>].

90. Se référer aux indications du PIQ : [<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/6335dde40226af59852575cc0048804d>] et consulter, à l'annexe VI, l'outil d'aide à la pratique clinique intitulé « Vaccination et ITSS » : [<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/dd2199c7d6cb392e85257d110061dc08?OpenDocument>].

- Conseiller la personne atteinte sur les autres mesures préventives :
 - Offrir la vaccination contre le VPH, ou compléter cette vaccination, si la personne appartient à l'un des groupes visés⁹⁰.
 - En fonction de l'évaluation des risques, juger de la pertinence de recommander un dépistage périodique des ITSS (voir la section 8.4) ou un suivi sur l'adoption de comportements sécuritaires.
- Assister la personne dans sa prise de décision quant à l'adoption et au maintien de comportements plus sécuritaires :
 - Vérifier la perception de la personne quant aux risques décelés.
 - Évaluer son intention d'adopter des comportements plus sécuritaires.
 - Déceler les obstacles à la prévention et soutenir la recherche de solutions.
 - Discuter avec la personne des actions qu'elle entend entreprendre pour une prise en charge de sa santé dans le contexte de son infection par le VHB.
- Discuter de l'intervention préventive à effectuer auprès des contacts domiciliaires et auprès de ses partenaires sexuels :
 - Rappeler l'importance de la vaccination des partenaires sexuels et des personnes vivant sous le même toit qu'une personne infectée⁹¹. Des mesures additionnelles, nécessitant une évaluation médicale rapide, peuvent être indiquées pour les nouveaux partenaires sexuels (consulter la section « Immunisation post-exposition » du PIQ⁹²).
- Fournir à la personne atteinte de l'information sur les ressources disponibles et l'orienter vers les ressources appropriées⁹³ :
 - Selon les ententes en vigueur, prévoir l'organisation nécessaire afin d'orienter la personne vers un médecin et déterminer avec elle le milieu clinique ou le médecin qu'elle devra consulter pour un suivi médical.
 - Transmettre au médecin, selon les ententes et les modalités en vigueur, les renseignements requis afin de favoriser la continuité des soins de la personne. On pourra utiliser le formulaire d'orientation pour suivi médical (annexe VII).
 - Insister sur l'importance de consulter un médecin afin de compléter l'investigation.
- Porter une attention particulière aux femmes enceintes ou en âge de procréer :
 - Décrire le risque de transmission de l'infection au nouveau-né.
 - Informer sur le traitement qui sera offert au bébé dès sa naissance.

91. Consulter le *Guide d'intervention sur l'hépatite B – Guide d'intervention – L'hépatite B – Janvier 2014 – 2^e édition* (MSSS, 2014) : [<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/b9b6f5e532b8ff9385257c940051ff63?OpenDocument>].

92. Consulter le PIQ : [<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/6335dde40226af59852575cc0048804d?OpenDocument>].

93. Consulter, à l'annexe VI, l'outil d'aide à la pratique clinique intitulé « Ressources – Intervention préventive relative aux ITSS » : [<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/2af13ea8bb2b10af85257d110061b708?OpenDocument>].

- Inviter la personne atteinte à informer son médecin en cas de grossesse – grossesse de la personne infectée ou de sa partenaire – ou si sa partenaire planifie une grossesse.
- Préciser que l’allaitement n’est pas contre-indiqué. En présence de crevasses ou de saignements du mamelon, un avis médical est suggéré mais, si le nouveau-né est rapidement protégé contre le VHB après sa naissance, l’allaitement n’est pas contre-indiqué⁹⁴.
- Évaluer le besoin de visite(s) de suivi :
 - Préciser quelles sont les raisons qui justifient une visite de suivi :
 - compléter l’immunisation;
 - en fonction de l’évaluation des risques, juger de la pertinence de recommander un dépistage périodique (voir la section 8.4) des ITSS ou un suivi sur l’adoption de comportements sécuritaires.
 - Insister sur l’importance de la visite de suivi si elle est indiquée.
 - Convenir, si nécessaire, des moyens de relance sans bris de la confidentialité en cas d’absence au rendez-vous de suivi.

11.4 LE COUNSELING POST-TEST LORSQUE LE RÉSULTAT DU DÉPISTAGE DE L’HÉPATITE C EST POSITIF

Un résultat positif au dépistage de l’hépatite C devrait donner lieu à un counseling comprenant les éléments décrits ci-après. Ces sujets peuvent être abordés au cours d’une ou de plusieurs visites.

- Faire un retour sur la visite antérieure :
 - Revenir sur les risques décelés, rappeler la nature des analyses effectuées, puis communiquer le résultat des analyses de manière claire et sensible.
- Donner de l’information sur la signification du résultat (voir les sections 8.1 et 8.2) :
 - Rappeler les explications sur la nature de l’analyse.
 - Évaluer la compréhension que la personne a de la signification du résultat.
 - Selon les analyses effectuées :
 - l’informer que la présence d’anticorps contre le VHC indique qu’il y a eu une infection et qu’une analyse complémentaire (ARN du VHC) est requise ;
 - OU
 - l’informer que la présence d’ARN du VHC indique la présence d’une hépatite C et qu’une investigation médicale complémentaire est requise afin d’établir le stade actuel de l’infection.
 - Insister sur le fait que la présence d’anticorps n’est pas un indicateur d’immunité ou de protection contre le VHC.
 - Écouter avec attention les questions de la personne atteinte et y répondre dans les limites de ses connaissances ; accepter de ne pas avoir de réponse à toutes ses questions et lui indiquer comment elle pourra obtenir l’information dont elle a besoin.
 - Fournir l’information en fonction de la réceptivité de la personne et de sa capacité à assimiler des renseignements factuels et rationnels. Il n’est pas obligatoire ni même nécessairement souhaitable de donner toute l’information à la première visite. Par contre, des mesures doivent être prises pour que la personne reçoive toute l’information pertinente dans des délais raisonnables. Il est souvent utile de revoir la personne dans les 48 heures suivantes et de lui offrir la possibilité de visites supplémentaires, au besoin.

94. Consulter, à l’annexe VI, l’outil d’aide à la pratique intitulé « Liste des dépliants et brochures à l’intention des patients » : [<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/a84e58dff9a3ac5d85257d1100602b37?OpenDocument>].

- Reconnaître et favoriser l'expression des réactions de négation, de colère, de tristesse ou d'angoisse.
- Rappeler à la personne qui a reçu un résultat positif les modalités de la déclaration obligatoire aux autorités régionales de santé publique ; selon les modalités d'intervention de la DSP de son territoire, l'informer de la possibilité qu'une enquête épidémiologique soit effectuée ou qu'un professionnel de la santé publique communique avec elle afin de réaliser une intervention préventive.
- Donner de l'information sur l'hépatite C :
 - Explorer le niveau de connaissances de la personne en ce qui concerne l'hépatite C.
 - Exposer brièvement l'évolution naturelle de l'infection.
 - Donner de l'information générale sur les traitements possibles.
 - Expliquer que les questions plus précises sur le traitement doivent être abordées avec le médecin.
 - Offrir des documents d'information⁹⁵.
- Conseiller la personne atteinte sur les mesures à prendre pour limiter la transmission du VHC :
 - Expliquer quels sont les modes de transmission de l'infection et quelles sont les situations où celle-ci ne peut être transmise.
 - Évaluer les connaissances et les croyances de la personne.
 - Rappeler les précautions à prendre pour éviter que d'autres personnes ne soient en contact avec son sang :
 - s'abstenir de faire des dons de sang, de sperme, d'organes ou de tissus ;
 - ne pas partager d'objets servant à l'hygiène personnelle (p. ex. : rasoir, ciseaux, coupe-ongles, brosse à dents, etc.) ;
 - recouvrir toute blessure susceptible de saigner ;
 - couvrir soigneusement toute coupure ou plaie ouverte et se débarrasser en toute sécurité de tout objet contaminé par du sang ;
 - en présence de sang (menstruations ou pratiques sexuelles où le risque de traumatisme est élevé), utiliser un condom avec tous ses partenaires sexuels, pour tout type de relations sexuelles, qu'elles soient vaginales ou anales ;
 - S'il y a lieu, expliquer comment réduire les méfaits liés à la consommation d'alcool ou de drogues : évaluer les pratiques de consommation de drogues, recommander des pratiques plus sécuritaires, en particulier le non-partage du matériel de préparation, d'injection et d'inhalation de drogues et le non-partage de la drogue elle-même, envisager avec elle des modes de consommation autres que l'injection ou l'inhalation et, diriger la personne vers des ressources pouvant lui offrir un soutien spécialisé en toxicomanie⁹⁶.

95. Consulter, à l'annexe VI, l'outil d'aide à la pratique intitulé « Liste des dépliants et brochures à l'intention des patients » : [<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/a84e58dff9a3ac5d85257d1100602b37?OpenDocument>].

96. Consulter, à l'annexe VI, l'outil d'aide à la pratique clinique intitulé « Ressources – Intervention préventive relative aux ITSS » : [<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/2af13ea8bb2b10af85257d110061b708?OpenDocument>].

- Préciser quel est le risque de transmission de l'infection à ses partenaires sexuels :
 - étant donné que le risque de transmission sexuelle est faible dans les couples hétérosexuels, les personnes ayant un partenaire sexuel stable et de longue date n'ont pas à changer leurs habitudes sexuelles. Il appartient au couple de juger de sa tolérance à ce faible risque et de décider de l'utilisation ou non de méthodes barrières. Toutefois, il peut être judicieux de les utiliser lorsque la présence de sang est prévisible, par exemple au moment des menstruations, ou lors de pratiques sexuelles où le risque de traumatisme est élevé. La décision de procéder au dépistage auprès du partenaire se prend au cas par cas ;
 - la transmission sexuelle du VHC est documentée en ce qui concerne les HARSAH vivant avec le VIH lorsqu'ils ont des relations anales non protégées par un condom, s'adonnent à des pratiques sexuelles où le risque de contact sang à sang ou de lésions des muqueuses est plus élevé ou en présence d'une ITS ulcéralisante. En pareil cas, il faut inciter la personne à utiliser un condom avec tous ses partenaires sexuels, pour tout type de relations sexuelles, qu'elles soient vaginales, anales ou oro-génitales ;
 - en présence d'une co-infection par le VIH, recommander d'utiliser un condom avec tous ses partenaires sexuels, pour tout type de relations sexuelles, qu'elles soient vaginales, anales ou oro-génitales.
- Conseiller la personne atteinte sur les mesures à prendre pour diminuer le risque de complications :
 - Encourager la personne atteinte à suivre les recommandations de l'équipe traitante (p. ex. : suivi médical régulier et traitement, lorsque cela est indiqué).
 - Recommander de ne pas consommer d'alcool.
 - Offrir la vaccination contre les hépatites A et B, ou compléter cette vaccination, si la personne appartient à un des groupes à risque⁹⁷.
 - Le cas échéant, offrir la vaccination recommandée aux porteurs chroniques d'hépatite C⁹⁷ ou compléter cette vaccination.
 - Signaler l'importance de consulter un pharmacien ou un médecin avant de consommer des médicaments en vente libre ou des produits naturels.
 - Inviter la personne atteinte à informer son pharmacien ou son médecin de son infection par le VHC lorsqu'elle doit prendre un nouveau médicament pour une autre condition.
- Conseiller la personne atteinte sur les autres mesures préventives existantes :
 - Offrir la vaccination contre le VPH, ou compléter cette vaccination, si la personne appartient à l'un des groupes visés⁹⁶.
 - En fonction de l'évaluation des risques, juger de la pertinence de recommander un dépistage périodique des ITSS (voir la section 8.4) ou un suivi sur l'adoption de comportements sécuritaires.
- Assister la personne dans sa prise de décision quant à l'adoption et au maintien de comportements plus sécuritaires :
 - Vérifier la perception de la personne quant aux risques décelés.
 - Évaluer son intention d'adopter des comportements plus sécuritaires.

97. Se référer aux indications du PIQ : [<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/6335dde40226af59852575cc0048804d?OpenDocument>] et consulter, à l'annexe VI, l'outil d'aide à la pratique clinique intitulé « Vaccination et ITSS » : [<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/dd2199c7d6cb392e85257d110061dc08?OpenDocument>].

- Déceler les obstacles à la prévention et soutenir la recherche de solutions.
- Discuter avec la personne des actions qu'elle entend entreprendre pour une prise en charge de sa santé dans le contexte de son infection par le VHC.
- Discuter de l'intervention préventive à effectuer auprès des contacts domiciliaires et auprès de leurs partenaires sexuels :
 - Le dépistage peut être offert aux partenaires sexuels ou aux contacts domiciliaires d'une personne infectée par le VHC, selon l'évaluation clinique, particulièrement si il y a présence de sang au cours des relations sexuelles (menstruations ou pratiques sexuelles où le risque de traumatisme est élevé) ou partage d'articles d'hygiène personnelle. La transmission sexuelle dans les couples hétérosexuels est rare. La transmission du VHC aux contacts domiciliaires n'a pas été démontrée. Le dépistage du partenaire peut permettre de soulager l'anxiété de la personne infectée et de son partenaire.
- Porter une attention particulière aux femmes enceintes ou en âge de procréer :
 - Décrire le risque de transmission de l'infection au nouveau-né.
 - Mentionner qu'une évaluation médicale, un suivi et, dans certains cas, un traitement seront offerts au nouveau-né.
 - Inviter la personne atteinte à informer son médecin en cas de grossesse – grossesse de la personne infectée ou de sa partenaire – ou si sa partenaire planifie une grossesse.
 - Préciser que l'allaitement n'est pas contre-indiqué. En présence de crevasses ou de saignements du mamelon, un avis médical est toutefois suggéré⁹⁸.
- Fournir à la personne infectée de l'information sur les ressources disponibles et l'orienter vers les ressources appropriées⁹⁹ :
 - Selon les ententes en vigueur, prévoir l'organisation nécessaire afin d'orienter la personne vers un médecin et déterminer avec elle le milieu clinique ou le médecin qu'elle devra consulter pour un suivi médical.
 - Transmettre au médecin, selon les ententes et les modalités en vigueur, les renseignements requis afin de favoriser la continuité des soins de la personne. On pourra utiliser le formulaire d'orientation pour suivi médical (annexe VII).
 - Insister sur l'importance de consulter un médecin afin de compléter l'investigation.
- Évaluer le besoin de visite(s) de suivi :
 - Préciser quelles sont les raisons qui justifient une visite de suivi :
 - compléter l'immunisation ;
 - en fonction de l'évaluation des risques, juger de la pertinence de recommander un dépistage périodique des ITSS (voir la section 8.4) ou un suivi sur l'adoption de comportements sécuritaires.
 - Insister sur l'importance de la visite de suivi si elle est indiquée.
 - Convenir, si nécessaire, des moyens de relance sans bris de la confidentialité en cas d'absence au rendez-vous de suivi.

98. Consulter, à l'annexe VI, l'outil d'aide à la pratique intitulé « Liste des dépliants et brochures à l'intention des patients » : [\[http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/a84e58dff9a3ac5d85257d1100602b37?OpenDocument\]](http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/a84e58dff9a3ac5d85257d1100602b37?OpenDocument).

99. Consulter, à l'annexe VI, l'outil d'aide à la pratique clinique intitulé « Ressources – Intervention préventive relative aux ITSS » : [\[http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/2af13ea8bb2b10af85257d110061b708?OpenDocument\]](http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/2af13ea8bb2b10af85257d110061b708?OpenDocument).

11.5 LE COUNSELING POST-TEST LORSQUE LE RÉSULTAT DU DÉPISTAGE DE L'INFECTION PAR LE VIH EST POSITIF

Un résultat positif au dépistage de l'infection par le VIH devrait donner lieu à un counseling comprenant les éléments décrits ci-après. Ces sujets peuvent être abordés au cours d'une ou de plusieurs visites.

- Faire un retour sur la visite antérieure :
 - Revenir sur les risques décelés, rappeler la nature des analyses effectuées, puis communiquer le résultat des analyses de manière claire et sensible.
- Donner de l'information sur la signification d'un résultat d'analyse positif (voir les sections 8.1, 8.2 et 8.7) :
 - Rappeler les explications sur la nature de l'analyse.
 - Évaluer la compréhension que la personne a de la signification du résultat.
 - Insister sur le fait que la présence d'anticorps n'est pas un indicateur d'immunité ou de protection contre le VIH.
 - Écouter avec attention les questions de la personne atteinte et y répondre dans les limites de ses connaissances ; accepter de ne pas avoir des réponses à toutes ses questions mais lui indiquer comment elle pourra obtenir l'information dont elle a besoin.
 - Fournir l'information en fonction de la réceptivité de la personne et de sa capacité à assimiler des renseignements factuels et rationnels. Il n'est pas obligatoire ni même nécessairement souhaitable de donner toute l'information à la première visite. Par contre, des mesures doivent être prises pour que la personne reçoive toute l'information pertinente dans des délais raisonnables. Il est souvent utile de revoir la personne dans les 48 heures suivantes et de lui offrir la possibilité de visites supplémentaires au besoin.
 - Reconnaître et favoriser l'expression des réactions de négation, de colère, de tristesse ou d'angoisse.
 - Lorsque qu'un résultat positif est obtenu chez une personne ayant reçu des produits sanguins, des tissus ou des organes ou chez une personne ayant donné du sang, des tissus ou des organes, lui rappeler les modalités de la déclaration obligatoire aux autorités régionales de santé publique.
- Donner de l'information sur l'infection par le VIH :
 - Explorer le niveau de connaissance de la personne en ce qui concerne l'infection par le VIH.
 - Rappeler l'évolution naturelle de l'infection en prenant soin de bien distinguer infection par le VIH et sida. Signaler qu'habituellement l'infection évolue lentement, surtout avec les traitements disponibles.
 - Préciser que, actuellement, il n'y a pas de traitement pour guérir l'infection par le VIH, pas plus qu'il n'existe de vaccin.
 - Lorsqu'un résultat d'analyse positif est associé à une situation clinique nécessitant des soins médicaux immédiats (p. ex. : femme enceinte – en phase de travail ou au moment de l'accouchement –, personne exposée accidentellement à des liquides biologiques), informer la personne des mesures qui seront prises et en discuter avec elle (p. ex. : commencer à prendre des médicaments antirétroviraux, se soumettre à des tests, etc.).

- Fournir de l'information générale sur le traitement : disponibilité de thérapies hautement efficaces pouvant ralentir la progression de l'infection.
- Expliquer que les questions plus précises sur le traitement devront être abordées avec le médecin.
- Offrir des documents d'information¹⁰⁰.
- Conseiller la personne atteinte sur les mesures à prendre pour limiter la transmission du VIH :
 - Expliquer quels sont les modes de transmission de l'infection et quelles sont les situations où celle-ci ne peut être transmise.
 - Évaluer les connaissances et croyances de la personne.
 - Rappeler les précautions à prendre pour éviter que d'autres ne soient en contact avec son sang :
 - s'abstenir de faire des dons de sang, de sperme, d'organes ou de tissus;
 - ne pas partager d'objets servant à l'hygiène personnelle (p. ex. : rasoir, ciseaux, coupe-ongles, brosse à dents, etc.) ;
 - couvrir soigneusement toute coupure ou plaie ouverte et se débarrasser en toute sécurité de tout objet contaminé par du sang.
 - En fonction de l'évaluation des risques, juger de la pertinence de recommander un dépistage périodique des ITSS (voir la section 8.4).
 - S'il y a lieu, expliquer comment réduire les méfaits liés à la consommation d'alcool ou de drogues : évaluer les pratiques de consommation de drogues, recommander des pratiques plus sécuritaires, en particulier le non-partage du matériel de préparation, d'injection et d'inhalation de drogues et le non-partage de la drogue elle-même, envisager avec elle des modes de consommation autres que l'injection ou l'inhalation et, diriger la personne vers des ressources pouvant lui offrir un soutien spécialisé en toxicomanie¹⁰¹.
 - Revoir les pratiques sexuelles favorisant une sexualité sécuritaire, discuter des comportements à adopter et préciser les aspects spécifiques à améliorer¹⁰². Par exemple, utiliser un condom avec tous ses partenaires sexuels, pour tout type de relations sexuelles, qu'elles soient vaginales, anales ou orales.
- Conseiller la personne atteinte sur les mesures à prendre pour diminuer le risque de complications :
 - Encourager la personne atteinte à suivre les recommandations de l'équipe traitante (p. ex. : suivi médical régulier, prise d'antirétroviraux ou recours à une prophylaxie contre les infections opportunistes, si indiqué).

100. Consulter, à l'annexe VI, l'outil d'aide à la pratique intitulé « Liste des dépliants et brochures à l'intention des patients » : [<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/a84e58dff9a3ac5d85257d1100602b37?OpenDocument>].

101. Consulter, à l'annexe VI, l'outil d'aide à la pratique clinique intitulé « Ressources – Intervention préventive relative ITSS » : [<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/2af13ea8bb2b10af85257d110061b708?OpenDocument>].

102. Consulter, à l'annexe VI, l'outil d'aide à la pratique clinique intitulé « Estimation du risque associé aux activités sexuelles » : [<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/48ba712817d5747685257d11005e1999?OpenDocument>].

- Favoriser l'adoption et le maintien de saines habitudes de vie.
- Offrir la vaccination contre les hépatites A et B, ou compléter cette vaccination, et offrir les autres vaccins recommandés : plusieurs vaccins sont recommandés systématiquement à toutes les personnes vivant avec le VIH, alors que d'autres sont recommandés à des populations déterminées ou dans des circonstances particulières¹⁰³.
- Conseiller la personne atteinte sur les autres mesures préventives :
 - En fonction de l'évaluation des risques, juger de la pertinence de recommander un suivi sur l'adoption de comportements sécuritaires.
- Assister la personne dans sa prise de décision quant à l'adoption et au maintien de comportements plus sécuritaires :
 - Vérifier la perception de la personne quant aux risques décelés.
 - Évaluer son intention d'adopter des comportements plus sécuritaires.
 - Déceler les obstacles à la prévention et soutenir la recherche de solutions.
 - Discuter avec la personne des actions qu'elle entend entreprendre pour une prise en charge de sa santé dans le contexte de son infection par le VIH.
 - Sensibiliser la personne aux aspects légaux et aux conséquences possibles de la non-divulgaration de son état à ses partenaires sexuels : souligner qu'il y a eu des décisions juridiques importantes en relation avec la non-divulgaration¹⁰⁴.
- Discuter de l'intervention préventive à effectuer auprès des partenaires :

Cette intervention est reconnue efficace pour :

- interrompre la propagation de l'infection dans la communauté ;
- amorcer un changement de comportement chez la personne vivant avec le VIH et chez ses partenaires ;
- prévenir l'apparition de complications liées à une infection non traitée¹⁰⁵.

Souvent, le seul moyen de permettre aux partenaires d'une personne atteinte d'avoir accès à des services (évaluation, dépistage et suivi médical) consiste à faire en sorte qu'ils soient informés de leur exposition. Tous les partenaires sexuels exposés, et non pas uniquement le partenaire régulier, doivent être identifiés, joints, examinés et conseillés en matière de prévention dans les délais les plus courts possible. Les personnes partageant du matériel d'injection ou d'inhalation de drogues avec une personne infectée doivent également être joints.

-
103. Se référer aux recommandations du PIQ : [<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/6335dde40226af59852575cc0048804d?OpenDocument>] et consulter *L'examen médical périodique de l'adulte vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) – Guide pour les professionnels de la santé du Québec* (MSSS, 2014) : [<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/83cffa4de98757e985257b9800472713?OpenDocument>].
104. Consulter l'annexe XIII, « L'obligation légale de divulguer son statut sérologique à ses partenaires sexuels », et, à l'annexe VI, l'outil d'aide à la pratique clinique intitulé « Ressources – Intervention préventive relative aux ITSS » : [<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/2af13ea8bb2b10af85257d110061b708?OpenDocument>].
105. CENTRE DE COLLABORATION NATIONALE DES MALADIES INFECTIEUSES. *Notification aux partenaires d'une infection au VIH au Canada : Analyse des données probantes et recommandations aux fins de l'amélioration du processus*, Winnipeg, Centre de collaboration nationale des maladies infectieuses, 2013, 19 p. : [[http://www.ccnmi.ca/files/EvidenceReviews/Partner Notification/NCCID HIV PN1 Fr 01.pdf](http://www.ccnmi.ca/files/EvidenceReviews/Partner%20Notification/NCCID_HIV_PN1_Fr_01.pdf)].

L'outil d'aide à la pratique intitulé « Les partenaires sexuels, il faut s'en occuper ! »¹⁰⁶ précise le rôle du professionnel de la santé et celui du professionnel de santé publique. Il permet d'identifier les partenaires à joindre en fonction de la période de contagiosité. Cet outil présente également des moyens pour que l'intervention préventive auprès de la personne atteinte soit réalisée, incluant des moyens pour la préparer à aviser ses partenaires.

- Porter une attention particulière aux femmes enceintes ou en âge de procréer :
 - Décrire le risque de transmission de l'infection au nouveau-né.
 - Recommander d'éviter l'allaitement maternel, si possible¹⁰⁷.
 - Inviter la personne atteinte à informer son médecin en cas de grossesse – grossesse de la personne infectée ou de sa partenaire – ou si sa partenaire planifie une grossesse : le traitement antirétroviral de la mère pendant la grossesse diminue considérablement la transmission périnatale du VIH.
- Fournir de l'information sur les ressources disponibles et orienter la personne vers les ressources appropriées :
 - Selon les ententes en vigueur, prévoir l'organisation nécessaire afin d'orienter la personne vers un médecin et déterminer avec elle le milieu clinique ou le médecin qu'elle devra consulter pour un suivi médical : fournir le nom de cliniques spécialisées ou de médecins spécialisés dans le traitement des personnes infectées par le VIH et, au besoin, l'aider à prendre rendez-vous.
 - Transmettre au médecin, selon les ententes et les modalités en vigueur, les renseignements requis afin de favoriser la continuité des soins de la personne. On pourra utiliser le formulaire d'orientation pour suivi médical (annexe VII).
 - Insister sur l'importance de consulter un médecin afin de compléter l'investigation.
 - Insister sur la disponibilité des ressources de soutien (services psychosociaux, services nutritionnels, organismes communautaires, centres de désintoxication, programmes de méthadone, etc.) et expliquer comment communiquer avec eux.

106. Consulter, à l'annexe VI, l'outil d'aide à la pratique clinique intitulé « Les partenaires sexuels, il faut s'en occuper ! » : [<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/08469bf531cc3cd585257d11005fe0f3?OpenDocument>].

107. Consulter, à l'annexe VI, l'outil d'aide à la pratique intitulé « Liste des dépliants et brochures à l'intention des patients » : [<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/a84e58dff9a3ac5d85257d1100602b37?OpenDocument>].

12 Le processus d'orientation de la personne atteinte pour un suivi médical ou psychosocial

Dans le contexte d'une consultation pour le dépistage des ITSS, l'orientation de la personne pour un suivi est le processus par lequel les besoins immédiats de la personne pour des soins médicaux et des services d'aide sont évalués pour permettre de la diriger vers les ressources appropriées. Au cours de ce processus, la personne reçoit le soutien nécessaire pour accéder aux services requis : prise de rendez-vous, organisation de transport, etc.

L'infirmière précise les soins et services qu'elle peut offrir à la personne atteinte et la dirige vers les autres soins et services requis. Cette démarche inclut le suivi nécessaire pour favoriser le contact initial avec l'intervenant qui assurera le service ainsi que la transmission de l'information pertinente¹⁰⁸. Une autorisation écrite de communiquer les renseignements contenus au dossier doit être signée par la personne concernée lorsque nécessaire.

La personne dont l'état de santé le requiert doit être dirigée vers les services qui répondent le mieux à ses besoins en tenant compte de ses caractéristiques culturelles, linguistiques et autres.

12.1 L'EXAMEN ET LE SUIVI APRÈS UN RÉSULTAT DE DÉPISTAGE POSITIF OU INDÉTERMINÉ

Une personne qui reçoit un résultat positif ou indéterminé à une analyse de dépistage doit être dirigée vers un médecin¹⁰⁹ afin qu'elle puisse bénéficier d'un examen approfondi et d'un traitement approprié dans les plus brefs délais possibles. La personne atteinte peut consulter le médecin de son choix ou un médecin recommandé par l'infirmière.

Des ententes de service précisant les modalités selon lesquelles une personne sera orientée vers la ressource appropriée, de même que les délais de consultation, doivent être prises avec des médecins afin d'assurer un traitement rapide et adéquat des ITSS dépistées.

Un formulaire précisant la raison de la consultation, les interventions réalisées et les résultats des analyses (auquel on joindra une copie des rapports d'analyse de biologie médicale) devrait être fourni à la personne concernée qui le remettra au médecin (annexe VII). Une autorisation écrite de communiquer des résultats d'analyse de biologie médicale contenus au dossier doit être fournie par la personne concernée lorsque nécessaire (annexe VIII).

108. Inspiré de : « In the context of HIV prevention counseling and testing, referral is the process by which immediate client needs for care and supportive services are assessed and prioritized and clients are provided with assistance (e.g., setting up appointments, providing transportation) in accessing services. Referral should also include follow-up efforts necessary to facilitate initial contact with care and support service providers. » CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC), « Revised guidelines for HIV Counseling, Testing, and Referral, Recommendations and Reports », *MMWR*, vol. 50, RR19, 9 novembre 2001, p. 36.

109. Les infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne peuvent également intervenir dans cette situation. Pour en savoir plus sur leur rôle, consulter le document *Lignes directrices – Pratique clinique de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne – 2^e édition* (OIIQ, 2013).

En vertu de la Loi sur la santé publique et du Règlement d'application de cette loi, l'infection à *Chlamydia trachomatis*, l'infection gonococcique et la syphilis font partie des maladies à déclaration obligatoire (MADO) par le médecin ou le dirigeant d'un laboratoire. Lorsque l'analyse a été réalisée de façon anonyme ou non nominative, il est important de le souligner au médecin afin de s'assurer que ce dernier fasse la déclaration puisque le dirigeant du laboratoire n'aura pu la faire.

12.2 L'EXAMEN ET LE SUIVI EN RAISON D'UN PROBLÈME DE SANTÉ DÉCELÉ LORS DE L'INTERVENTION DE DÉPISTAGE

Lorsque, après évaluation, l'infirmière constate que la personne présente un problème de santé nécessitant une consultation médicale, elle doit l'informer de la situation et lui recommander de consulter un médecin. Elle doit s'assurer que la personne comprend bien l'importance de cette consultation, vérifier si elle a un médecin de famille, lui suggérer au besoin des noms de médecins et la soutenir dans cette démarche lorsque nécessaire : prise de rendez-vous, accompagnement, transport, gardiennage, etc.

Un formulaire précisant la raison de la consultation et les interventions réalisées auprès de la personne devrait être fourni au médecin (annexe VII). Une autorisation écrite de communiquer des résultats d'analyse de biologie médicale contenus au dossier sera fournie au besoin par la personne concernée (annexe VIII).

12.3 LE SOUTIEN PSYCHOSOCIAL, L'INFORMATION ET L'ACCOMPAGNEMENT

La personne qui consulte doit pouvoir être orientée vers les ressources appropriées selon ses besoins. Les personnes qui reçoivent un résultat positif à une analyse à des fins de dépistage de l'hépatite C ou de l'infection par le VIH peuvent avoir besoin de soutien compte tenu des impacts psychologiques et sociaux liés à cette situation. Dans ce cas, elles doivent être orientées le plus tôt possible vers les ressources (groupe de soutien, services d'aide alimentaire ou d'aide à l'hébergement, services d'accompagnement, accès à des conseils juridiques, etc.) qui pourront leur offrir le counseling et l'aide appropriés.

Un formulaire précisant la raison pour laquelle la personne est orientée vers cette ressource ainsi que les interventions déjà réalisées devrait être fourni (annexe IX). Une autorisation écrite de communiquer des résultats d'analyse de biologie médicale contenus au dossier sera fournie au besoin par la personne concernée (annexe VIII).

La deuxième partie du présent guide est largement inspirée des ouvrages suivants :

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Guide d'intervention – Les infections transmissibles sexuellement à déclaration obligatoire*, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2014, 339 p., [En ligne]. [<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/e405f34686c1b3bc85257cb500494a83?OpenDocument>].

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Protocole d'immunisation du Québec*, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2013, [56] +XXXVII + 486 p., [En ligne]. [<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/6335dde40226af59852575cc0048804d?OpenDocument>].

et des travaux de l'INSPQ :

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Rapport du sous-comité Facteurs de risque et infections transmissibles sexuellement et par le sang à rechercher*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, à paraître.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Recommandations pour le dépistage des ITSS*, Comité sur les analyses de laboratoire en lien avec les ITSS, Québec, Institut national de santé publique du Québec, à paraître.

TROISIÈME PARTIE
FICHES CLINIQUES

Cette troisième partie comprend des fiches cliniques sur chacune des infections suivantes :

- infection à *Chlamydia trachomatis* ;
- infection gonococcique ;
- syphilis ;
- hépatite A ;
- hépatite B ;
- hépatite C ;
- infection par le VIH ;
- condylomes acuminés ;
- herpès génital.

Les personnes qui sont appelées à réaliser l'intervention de dépistage des ITSS y trouveront, en résumé, une information de base sur chacune de ces infections, ce qui inclut l'évolution de la maladie, les analyses de détection, le traitement et la prévention. Le tout est présenté à titre indicatif. Pour une information plus complète, les professionnels de la santé doivent se référer aux données scientifiques et aux lignes directrices publiées par les organismes reconnus.

13 Infection à *Chlamydia trachomatis*

La présente fiche contient de l'information générale. Pour obtenir des renseignements complémentaires, se référer aux lignes directrices publiées par les organismes reconnus et aux outils d'aide à la pratique clinique, que l'on trouvera sur le site suivant : [\[http://www.msss.gouv.qc.ca/its\]](http://www.msss.gouv.qc.ca/its), section « Documentation », rubrique « Professionnels de la santé/Outils », page « Intervention préventive relative aux ITSS ».

Définition	Infection bactérienne causée par <i>Chlamydia trachomatis</i> (sérotypes D à K)
Tableau clinique	Chez l'homme, l'infection est souvent asymptomatique. Lorsque présents, les symptômes peuvent être associés aux syndromes cliniques suivants : • urétrite : inflammation de l'urètre pouvant s'accompagner d'un écoulement de l'urètre (blanchâtre ou clair), de prurit urétral ou d'un malaise urinaire ; • pharyngite, généralement transitoire ; • proctite : infection anorectale parfois accompagnée de prurit, de ténésme et d'écoulements ; • conjonctivite. Chez la femme, la majorité des cas sont asymptomatiques. Lorsque présents, les symptômes peuvent être associés aux syndromes cliniques suivants : • cervicite mucopurulente : pertes vaginales anormales, saignement vaginal anormal et saignement après les relations sexuelles ; • pharyngite, généralement transitoire ; • proctite : infection anorectale parfois accompagnée de prurit, de ténésme et d'écoulements ; • urétrite : malaise urinaire ; • conjonctivite. Chez le nouveau-né d'une mère infectée au moment de l'accouchement : • au moins 20 % des nouveau-nés infectés contractent une conjonctivite et 20 % une pneumonie inflammatoire : ○ conjonctivite : de une à deux semaines après l'accouchement ; ○ pneumonie : moins de six mois après l'accouchement.
Durée de l'infection	Non traitée, l'infection peut persister pendant de nombreux mois et entraîner des complications, même en l'absence de symptômes. Elle peut guérir spontanément.
Complications	Chez l'homme, en l'absence de traitement, les complications suivantes peuvent survenir : • orchi-épididymite : douleur testiculaire habituellement unilatérale apparaissant généralement de façon progressive, avec tuméfaction palpable de l'épididyme, érythème ou œdème du scrotum sur le côté affecté, fièvre à l'occasion, etc. – <i>C. trachomatis</i> est la première cause d'épididymite aiguë causée par une ITS chez les hommes de moins de 35 ans actifs sexuellement ; • prostatite : il y a plusieurs syndromes de prostatite, parmi ceux-ci, le syndrome pelvien douloureux chronique inflammatoire peut être causé par <i>C. trachomatis</i> ; • possibilité de syndrome oculo-uréthro-synovial (urétrite, conjonctivite, arthrite) ; • infertilité, dans de rares cas.

Complications (suite)	Chez la femme, en l'absence de traitement, les complications suivantes peuvent survenir : • atteinte inflammatoire pelvienne dans environ 10 % des infections à <i>C. trachomatis</i> (douleur abdominale basse aux annexes ou à la mobilisation du col, dyspareunie, fièvre, etc.) – jusqu'aux deux tiers des cas d'atteinte inflammatoire pelvienne ne sont pas décelés et les risques subséquents d'infertilité, de grossesse ectopique, de douleur pelvienne chronique ou de devoir procéder à une chirurgie gynécologique consécutive à une atteinte inflammatoire pelvienne sont de 25 % ; • les risques de grossesse ectopique et d'infertilité augmentent avec le nombre d'épisodes d'infection à <i>C. trachomatis</i> ; • possibilité de syndrome oculo-urétral-synovial (urétrite, conjonctivite, arthrite) ; • durant la grossesse : il ne semble exister aucune association fiable entre les issues défavorables de la grossesse et la cervicite à <i>C. trachomatis</i>.
Période d'incubation	De deux à trois semaines en moyenne, mais peut aller jusqu'à six semaines.
Période de contagiosité	Le risque de transmission de l'infection persiste plusieurs mois chez les personnes non traitées. À la suite d'un traitement, la transmission est possible : • jusqu'à sept jours après la fin d'un traitement à dose unique ou jusqu'à la fin d'un traitement à doses multiples, - ET • jusqu'à la résolution des symptômes.
Réservoir	L'être humain.
Épidémiologie	Au Québec : • MADO la plus répandue (p. ex. : un peu plus de 22 000 cas déclarés en 2013) ; • touche particulièrement les jeunes de 15 à 24 ans ; • est en hausse depuis 2007. Pour en savoir davantage à ce sujet, consulter le site suivant : [http://www.msss.gouv.qc.ca/itss], section « Statistiques », rubrique « Au Québec ».
Modes de transmission	• Contact avec des sécrétions génitales infectées : ○ dans un contexte sexuel ; ○ de la mère infectée à son enfant au moment de l'accouchement. La transmission verticale survient chez 50 % des nourrissons nés par voie vaginale d'une mère infectée. La transmission verticale peut également survenir au cours d'une césarienne, même si les membranes sont intactes. Pour en savoir davantage sur les modes de transmission de <i>C. trachomatis</i>, consulter le document suivant : • l'outil d'aide à la pratique clinique intitulé « Estimation du risque associé aux activités sexuelles » : [http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/48ba712817d5747685257d11005e1999?OpenDocument].

Période fenêtre	Le délai minimal pour détecter l'infection à <i>C. trachomatis</i> n'est pas connu. La période fenêtre se termine quatorze jours après l'exposition. Pour obtenir des renseignements complémentaires, consulter la section 8.2 du présent document.
Analyses de biologie médicale	Dans un contexte de dépistage, la méthode de choix est la détection de <i>C. trachomatis</i> par un TAAN : • sur un prélèvement obtenu par écouvillonnage du vagin, du col de l'utérus ou de l'urètre, ou sur un prélèvement urinaire ; • dans certaines situations, chez des populations spécifiques, on peut détecter l'infection par un TAAN sur un prélèvement obtenu par écouvillonnage anorectal. Pour obtenir des renseignements complémentaires, se référer aux documents suivants : • outil d'aide à la pratique clinique intitulé « Prélèvements et analyses recommandés en fonction de l'infection recherchée chez les personnes asymptomatiques (dépistage) » : [http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/3113c4e51c2166a485257d1100607338?OpenDocument] ; • sections 8.2, 8.6 et 10.6 du présent document ; • <i>Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement</i> : [http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/index-fra.php]. Note : consulter son laboratoire serveur afin de connaître les analyses disponibles dans son milieu, les sites de prélèvement adéquats et les conditions à respecter pour le prélèvement, la conservation et le transport des spécimens.
MADO	Les infections confirmées à <i>C. trachomatis</i> sont des maladies à déclaration obligatoire (MADO). Pour obtenir le formulaire de déclaration AS-770, consulter le site suivant : [http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/intra/formres.nsf/36e747f5dc7d0d6585256e1a006ba727/64631465d0d5c09085256ecf006b4afd/\$FILE/AS-770_DT9070(2013-03)D.pdf]. Pour en savoir davantage sur les maladies à déclaration obligatoire, consulter le site suivant : [http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/mado/index.php].
Traitement	• Le traitement de l'infection urétrale, endocervicale ou rectale non compliquée à <i>C. trachomatis</i> consiste généralement en la prise d'antibiotiques en comprimés, par voie orale, en dose unique ou pendant sept jours. • Un test de contrôle de l'efficacité du traitement est indiqué dans certaines situations. Se référer aux guides sur le traitement pharmacologique des ITSS publiés par l'INESSS. • Pour des précisions sur le traitement, se référer aux documents suivants : ○ guides sur le traitement pharmacologique des ITSS, INESSS : – infection à <i>Chlamydia trachomatis</i> et infection à <i>Neisseria gonorrhoeae</i> [http://www.inesss.qc.ca] section « Publications », rubrique « Guides de l'INESSS » ; – cervicite mucopurulente, atteinte inflammatoire pelvienne (AIP), urétrite et épididymite/orchi-épididymite [http://www.inesss.qc.ca] section « Publications », rubrique « Guides de l'INESSS » ; ○ <i>Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement</i> : [http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/index-fra.php].

Traitement (suite)	Le traitement est gratuit pour la personne atteinte et pour ses partenaires, en vertu du Programme de gratuité des médicaments pour le traitement des maladies transmissibles sexuellement (MTS). Pour en savoir plus à ce sujet, consulter le site suivant : [http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/da8aba03ca131e5785257d11006124c9?OpenDocument].
Prévention	Aucune immunité acquise. Plusieurs mesures contribuent à réduire le risque de contracter une ITSS. Consulter à ce sujet les chapitres neuf et onze sur le counseling pré et post-test du présent document. - Les mesures suivantes permettent de diminuer le risque de transmission de l'infection à <i>C. trachomatis</i> d'une personne infectée à une personne non infectée : - s'abstenir d'avoir des relations sexuelles jusqu'à la fin de la période de contagiosité ou, si c'est impossible, utiliser un condom avec tous ses partenaires sexuels, pour tout type de relations sexuelles, qu'elles soient vaginales, anales ou oro-génitales. - Les mesures suivantes permettent aux personnes ayant une infection à <i>C. trachomatis</i> d'éviter une aggravation de leur état de santé : - prendre le traitement tel que recommandé ; - pour prévenir une nouvelle infection, s'abstenir d'avoir des relations sexuelles avec ses partenaires antérieurs non traités ; - pour s'assurer de l'absence d'une réinfection, passer un nouveau test de dépistage de <i>C. trachomatis</i> de trois à six mois après le traitement de l'infection initiale. - La mesure suivante permet de briser la chaîne de transmission de l'infection à <i>C. trachomatis</i>: - collaborer à l'intervention préventive auprès des partenaires : tous les partenaires sexuels exposés, et non pas uniquement le partenaire régulier, doivent être identifiés, joints, examinés et conseillés en matière de prévention et recevoir un traitement épidémiologique le plus rapidement possible. Consulter à ce sujet le document « Les partenaires sexuels, il faut s'en occuper ! » : [http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/08469bf531cc3cd585257d11005fe0f3?OpenDocument].

14 Infection gonococcique

La présente fiche contient de l'information générale. Pour obtenir des renseignements complémentaires, se référer aux lignes directrices publiées par les organismes reconnus et aux outils d'aide à la pratique clinique, que l'on trouvera sur le site suivant : [<http://www.msss.gouv.qc.ca/itss>], section « Documentation », rubrique « Professionnels de la santé/Outils », page « Intervention préventive relative aux ITSS ».

Définition	Infection bactérienne causée par <i>Neisseria gonorrhoeae</i>
Tableau clinique	Chez l'homme, l'urétrite est généralement symptomatique. L'infection des autres sites est généralement asymptomatique. Lorsque présents, les symptômes peuvent être associés aux syndromes cliniques suivants : • urétrite : inflammation de l'urètre pouvant s'accompagner d'un écoulement purulent de l'urètre avec douleur ou malaise urinaire ; • pharyngite ; • proctite : infection anorectale parfois accompagnée de prurit, de ténesme et d'un écoulement qui peut être sanguinolent ; • conjonctivite. Chez la femme, la cervicite peut être symptomatique. L'infection des autres sites est généralement asymptomatique. Lorsque présents, les symptômes peuvent être associés aux syndromes cliniques suivants : • cervicite mucopurulente : pertes vaginales anormales, saignement vaginal anormal et saignement après les relations sexuelles ; • urétrite : douleur ou malaise urinaire ; • pharyngite ; • bartholinite : inflammation des glandes de Bartholin (gonflement, rougeur, chaleur, douleur) ; • proctite : infection anorectale, parfois accompagnée de prurit, de ténesme et d'un écoulement qui peut être sanguinolent ; • conjonctivite. Chez le nouveau-né d'une mère infectée au moment de l'accouchement, on peut observer les syndromes cliniques suivants : • conjonctivite grave ; • sepsie. De 10 à 20 % des hommes et de 20 à 30 % des femmes présentant une infection gonococcique génito-urinaire sont également infectés par <i>Chlamydia trachomatis</i>.
Durée de l'infection	Non traitée, l'infection peut persister pendant de nombreux mois et entraîner des complications, même en l'absence de symptômes.

Complications	Chez l'homme, en l'absence de traitement, les complications suivantes peuvent survenir : • orchi-épididymite : douleur testiculaire habituellement unilatérale apparaissant généralement de façon progressive, tuméfaction palpable de l'épididyme, érythème ou œdème du scrotum sur le côté affecté, fièvre, etc. – <i>N. gonorrhoeae</i> est la deuxième cause d'épididymite aiguë causée par une ITS chez les hommes de moins de 35 ans actifs sexuellement ; • infection gonococcique disséminée : septicémie rare, suivie parfois d'arthrite, de lésions de la peau, d'endocardite et de méningite – l'arthrite peut entraîner des dommages permanents aux articulations si le traitement est tardif ou inefficace ; • possibilité de syndrome oculo-uréthro-synovial (urétrite, conjonctivite, arthrite) ; • infertilité, dans de rares cas. Chez la femme, en l'absence de traitement, les complications suivantes peuvent survenir : • atteinte inflammatoire pelvienne dans environ 10 à 20 % des infections gonococciques aiguës (douleur abdominale basse aux annexes ou à la mobilisation du col, dyspareunie profonde, fièvre, etc.) – jusqu'aux deux tiers des cas d'atteinte inflammatoire pelvienne ne sont pas décelés et les risques subséquents d'infertilité, de grossesse ectopique, de douleur pelvienne chronique ou de devoir procéder à une chirurgie gynécologique consécutive à une atteinte inflammatoire pelvienne sont de 25 % ; • infection gonococcique disséminée : septicémie rare, suivie parfois d'arthrite, de lésions de la peau, d'endocardite et de méningite – l'arthrite peut entraîner des dommages permanents aux articulations si le traitement est tardif ou inefficace ; • possibilité de syndrome oculo-uréthro-synovial (urétrite, conjonctivite, arthrite); • durant la grossesse : risque accru d'avortement spontané, de rupture prématurée des membranes et de travail prématuré.
Période d'incubation	Habituellement de deux à sept jours, parfois davantage.
Période de contagiosité	Le risque de transmission de l'infection peut persister des mois chez les personnes non traitées. À la suite d'un traitement, la transmission est possible : • jusqu'à sept jours après la fin d'un traitement à dose unique ou jusqu'à la fin d'un traitement à doses multiples, ET • jusqu'à la résolution des symptômes.
Réservoir	L'être humain.
Épidémiologie	Au Québec : • en augmentation constante depuis dix ans, avec plus de 2 500 cas déclarés en 2013 ; • touche davantage les hommes (en 2013, de façon globale, le rapport hommes/femmes était de 2 pour 1; chez les jeunes de 15 à 24 ans, le rapport hommes/femmes était de 1 pour 1); • touche particulièrement les HARSAH. Pour en savoir davantage à ce sujet, consulter le site suivant : [http://www.msss.gouv.qc.ca/itss], section « Statistiques », rubrique « Au Québec ».

Modes de transmission	• Contact avec des sécrétions génitales infectées : ○ dans un contexte sexuel ; ○ de la mère infectée à son enfant au moment de l'accouchement. Pour en savoir davantage sur les modes de transmission de <i>N. gonorrhoeae</i>, consulter le document suivant : • l'outil d'aide à la pratique clinique intitulé « Estimation du risque associé aux activités sexuelles » : [http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/48ba712817d5747685257d11005e1999?OpenDocument].
Période fenêtre	Le délai minimal pour que l'infection gonococcique puisse être détectée par un TAAN est inconnu. Il est de 48 heures pour la détection par culture. La période fenêtre se termine sept jours après l'exposition. Pour obtenir des renseignements complémentaires, consulter la section 8.2 du présent document.
Analyses de biologie médicale	Dans un contexte de dépistage, la méthode de choix est la détection de <i>N. gonorrhoeae</i> par un TAAN : • sur un prélèvement obtenu par écouvillonnage du vagin, du col de l'utérus ou de l'urètre, ou sur un prélèvement urinaire ; • dans certaines situations, chez des populations spécifiques, on peut détecter l'infection par un TAAN sur un prélèvement obtenu par écouvillonnage pharyngé ou anorectal. Dans certaines situations, une culture est recommandée (par exemple, lors d'une analyse sur des prélèvements anorectaux ou pharyngés auprès de certaines populations). Une culture et un TAAN sont parfois recommandés afin de déterminer la sensibilité de la souche aux antibiotiques. Pour obtenir des renseignements complémentaires, se référer aux documents suivants : • outil d'aide à la pratique clinique intitulé « Prélèvements et analyses recommandés en fonction de l'infection recherchée chez les personnes asymptomatiques (dépistage) » : [http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/3113c4e51c2166a485257d1100607338?OpenDocument] ; • sections 8.2, 8.6 et 10.6 du présent document ; • <i>Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement</i> : [http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/index-fra.php]. Note : consulter son laboratoire serveur afin de connaître les analyses disponibles dans son milieu, les sites de prélèvement adéquats et les conditions à respecter pour le prélèvement, la conservation et le transport des spécimens.
MADO	Les infections confirmées à <i>N. gonorrhoeae</i> sont des maladies à déclaration obligatoire (MADO). Pour obtenir le formulaire de déclaration AS-770, consulter le site suivant : [http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/intra/formres.nsf/36e747f5dc7d0d6585256e1a006ba727/64631465d0d5c09085256ecf006b4afd/\$FILE/AS-770_DT9070(2013-03)D.pdf]. Pour en savoir davantage sur les maladies à déclaration obligatoire, consulter le site suivant : [http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/mado/index.php].

Traitement	• Le traitement de l'infection urétrale, endocervicale ou rectale non compliquée à <i>N. gonorrhoeae</i> consiste généralement en la prise d'antibiotiques en comprimés, par voie orale, en dose unique ou pendant sept jours. • Le traitement de l'infection pharyngée à <i>N. gonorrhoeae</i> consiste généralement en une injection intramusculaire d'antibiotiques, en dose unique. • Toujours associer un traitement contre <i>C. trachomatis</i> au traitement de l'infection par <i>N. gonorrhoeae</i> et ce, même si les résultats des analyses de laboratoire n'ont pas révélé la présence de <i>C. trachomatis</i>. • La résistance de <i>N. gonorrhoeae</i> aux antibiotiques est une préoccupation importante. Les traitements recommandés font l'objet de mises à jour régulières selon l'évolution des sensibilités des souches circulant au Québec. • Un test de contrôle de l'efficacité du traitement est indiqué dans certaines situations. Se référer aux guides de traitement pharmacologique des ITSS publiés par l'INESSS. • Pour des précisions sur le traitement, se référer aux documents suivants : ○ guides sur le traitement pharmacologique des ITSS, INESSS : – infection à <i>Chlamydia trachomatis</i> et infection à <i>Neisseria gonorrhoeae</i> [http://www.inesss.qc.ca] section « Publications », rubrique « Guides de l'INESSS » ; – cervicite mucopurulente, atteinte inflammatoire pelvienne (AIP), urétrite et épididymite/orchi-épididymite [http://www.inesss.qc.ca] section « Publications », rubrique « Guides de l'INESSS » ; ○ <i>Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement</i> : [http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/index-fra.php]. • Le traitement est gratuit pour la personne atteinte et pour ses partenaires, en vertu du Programme de gratuité des médicaments pour le traitement des MTS. Pour en savoir davantage à ce sujet, consulter le site suivant : [http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/da8aba03ca131e5785257d11006124c9?OpenDocument].
Prévention	Aucune immunité acquise. Plusieurs mesures contribuent à réduire le risque de contracter une ITSS. Consulter à ce sujet les chapitres neuf et onze sur le counseling pré et post-test du présent document. • Les mesures suivantes permettent de diminuer le risque de transmission de l'infection à <i>N. gonorrhoeae</i> d'une personne infectée à une personne non infectée : ○ s'abstenir d'avoir des relations sexuelles jusqu'à la fin de la période de contagiosité ou, si c'est impossible, utiliser un condom avec tous ses partenaires sexuels, pour tout type de relations sexuelles, qu'elles soient vaginales, anales ou oro-génitales. • Les mesures suivantes permettent aux personnes ayant une infection à <i>N. gonorrhoeae</i> d'éviter une aggravation de leur état de santé : ○ prendre le traitement tel que recommandé ; ○ pour prévenir une nouvelle infection, s'abstenir d'avoir des relations sexuelles avec ses partenaires antérieurs non traités ; ○ pour s'assurer de l'absence d'une réinfection, passer un nouveau test de dépistage de <i>N. gonorrhoeae</i> et un test de dépistage de l'infection à <i>C. trachomatis</i> de trois à six mois après le traitement de l'infection initiale.

Prévention (suite)	• La mesure suivante permet de briser la chaîne de transmission de l'infection à <i>N. gonorrhoeae</i> : ○ collaborer à l'intervention préventive auprès des partenaires : tous les partenaires sexuels exposés, et non pas uniquement le partenaire régulier, doivent être identifiés, joints, examinés et conseillés en matière de prévention et recevoir un traitement épidémiologique le plus rapidement possible. Consulter à ce sujet le document « Les partenaires sexuels, il faut s'en occuper ! » : [http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/08469bf531cc3cd585257d11005fe0f3?OpenDocument].
---------------------------	---

15 Syphilis

La présente fiche contient de l'information générale. Pour obtenir des renseignements complémentaires, se référer aux lignes directrices publiées par les organismes reconnus et aux outils d'aide à la pratique clinique, que l'on trouvera sur le site suivant : [<http://www.msss.gouv.qc.ca/itss>], section « Documentation », rubrique « Professionnels de la santé/Outils », page « Intervention préventive relative aux ITSS ».

Définition	Infection bactérienne causée par <i>Treponema pallidum</i> .
Tableau clinique	Non traitée, la syphilis peut évoluer en trois stades cliniques: primaire, secondaire et tertiaire, les deux derniers pouvant être espacés par une phase latente (pendant laquelle la personne atteinte est asymptomatique). Les stades primaire et secondaire peuvent passer inaperçus. Une infection concomitante par le VIH peut modifier le cours naturel de la syphilis. Premier stade : syphilis primaire • Chancre : ulcère superficiel, le plus souvent unique, induré, aux contours réguliers, de taille variable pouvant atteindre de un à deux centimètres de diamètre, indolore (sauf en cas de surinfection bactérienne). Il est habituellement localisé au site d'inoculation (région génitale, anorectale ou oropharyngée). • Des adénopathies régionales peuvent être présentes. Second stade : syphilis secondaire • Éruption cutanée diffuse : ○ le plus souvent d'aspect maculopapuleux, mais peut prendre diverses formes ; ○ peut toucher la paume des mains et la plante des pieds ; ○ autres manifestations possibles : condylomes plats, alopecie, uvéite, rétinite, méningite, hépatite. • Syndrome grippal : fièvre, céphalées, myalgies, arthralgies, fatigue avec ou sans adénopathies généralisées. Syphilis latente • Dans la phase latente, la personne ne présente aucune manifestation clinique de la maladie. Le diagnostic repose sur les analyses sérologiques et sur l'histoire clinique. La syphilis latente est « précoce » si l'infection est apparue il y a moins d'un an et elle est « tardive » si l'histoire et la sérologie ne permettent pas de situer le début de l'infection à moins d'un an. Troisième stade : syphilis tertiaire Chez environ le tiers des personnes non traitées : • gomme syphilitique (principalement, lésions cutanées et ostéoarticulaires) ; • syphilis cardiovasculaire (anévrisme de l'aorte, régurgitation aortique, etc.) ; • neurosyphilis (vertiges, modification de la personnalité, démence, trouble de la démarche, signe d'Argyll Robertson, perte du sens vibratoire, arthropathie de Charcot, etc.). Syphilis congénitale • Le risque de transmission de l'infection au fœtus durant la grossesse, pour les femmes non traitées, va de 70 à 100 % dans le cas d'une syphilis primaire ou secondaire ; il est de 40 % en présence d'une syphilis latente précoce et de 10 % dans le cas d'une syphilis latente tardive. • Les nouveau-nés sont souvent asymptomatiques. Lorsqu'il y a des symptômes, on observe particulièrement les suivants : renflements, hépatosplénomégalie, adénopathies, éruption cutanée, lésions mucocutanées, pneumonie, anémie hémolytique, thrombocytopénie ou ostéochondrite.

Durée de l'infection	• Les lésions du stade primaire disparaissent d'elles-mêmes en trois à huit semaines. • Les lésions du stade secondaire disparaissent habituellement d'elles-mêmes en trois à douze semaines. • Environ deux tiers des personnes atteintes guérissent spontanément après le stade secondaire.
Complications	En l'absence de traitement, les complications suivantes peuvent survenir : • pendant la grossesse : mortinaissance (dans environ 40 % des grossesses chez les femmes atteintes de syphilis en phase infectieuse : primaire, secondaire et latente précoce) ou accouchement prématuré ; • autres complications liées au stade tertiaire. Ces complications, une fois établies, peuvent ne pas être complètement réversibles malgré le traitement entrepris.
Période d'incubation	• Syphilis primaire : de 3 à 90 jours, en moyenne 3 semaines après le contact infectieux. • Syphilis secondaire : de deux à douze semaines, parfois plusieurs mois, après la guérison du chancre. • Syphilis tertiaire : en moyenne de 5 à 30 ans après la guérison du chancre.
Période de contagiosité	Chez les personnes non traitées : • syphilis primaire et secondaire : le risque de transmission de l'infection persiste aussi longtemps que les lésions cutané-muqueuses sont présentes ; • syphilis latente précoce (apparue il y a moins d'un an) : le risque de transmission de l'infection demeure présent. À la suite d'un traitement de syphilis primaire, secondaire ou latente précoce : • jusqu'à sept jours après la fin d'un traitement à dose unique ou jusqu'à la fin d'un traitement à doses multiples, ET • jusqu'à la résolution des symptômes en présence de lésions causées par une syphilis primaire ou secondaire.
Réservoir	L'être humain.
Épidémiologie	Au Québec, en Amérique du Nord et en Europe, touche particulièrement les HARSAH. Au Québec : • en augmentation depuis 2001, avec plus de 600 cas en 2013 ; • en augmentation chez les femmes en âge de procréer et chez les jeunes de 15 à 24 ans. Pour en savoir davantage à ce sujet, consulter le site suivant : [http://www.msss.gouv.qc.ca/itss], section « Statistiques », rubrique « Au Québec ».

Modes de transmission	• Contact avec des sécrétions génitales infectées : ○ dans un contexte sexuel ; ○ de la mère infectée à son enfant au moment de l'accouchement. • Contact direct avec les exsudats des lésions de la peau ou des muqueuses : ○ dans un contexte sexuel ; ○ par une exposition à de la peau non intacte (p. ex. : frottement corps contre corps) ; ○ de la mère infectée à son enfant au moment de l'accouchement. • Transmission transplacentaire : de la mère infectée à son fœtus. • Transmission sanguine (si la source présente une syphilis infectieuse, mode de transmission moins fréquent) : ○ par transfusion sanguine, lorsque les mesures de sécurité transfusionnelles ne sont pas appliquées (p. ex. : dans certains pays étrangers) ; ○ lorsqu'il y a partage de matériel d'injection de drogues (ce mode de transmission est possible, mais rare, et les données épidémiologiques actuelles ne montrent aucune évidence quant à la présence d'une épidémie chez les UDI au Québec). Pour en savoir davantage sur les modes de transmission de la syphilis, consulter le document suivant : • l'outil d'aide à la pratique clinique intitulé « Estimation du risque associé aux activités sexuelles » : [http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/48ba712817d5747685257d11005e1999?OpenDocument].
Période fenêtre	Le délai minimal pour que la syphilis puisse être détectée est d'environ dix jours. La période fenêtre se termine douze semaines après l'exposition. Pour obtenir des renseignements complémentaires, consulter la section 8.2 du présent document.
Analyses de biologie médicale	• Sérologie dans un contexte de dépistage : ○ procéder à un prélèvement veineux : selon les laboratoires, analyse non tréponémique (RPR) ou analyse tréponémique (EIA ou CIA). Le résultat quantitatif des tests non tréponémiques (p. ex. : RPR) permet de préciser le stade de l'infection, de suivre la réponse au traitement ou de détecter un nouvel épisode. • En présence de symptômes ou de lésions : ○ analyser un prélèvement d'une lésion cutanée ou d'une lésion des muqueuses par microscopie à fond noir (au Québec, peu de laboratoires offrent cette analyse) ; ○ analyser un prélèvement de liquide céphalorachidien obtenu par ponction lombaire. • Pour des précisions sur l'interprétation des résultats, consulter un collègue expérimenté ou la « Grille d'interprétation du sérodiagnostic de la syphilis » dans le document suivant : ○ guide sur le traitement pharmacologique des ITSS, INESSS : syphilis [http://www.inesss.qc.ca] section « Publications », rubrique « Guides de l'INESSS ».

Analyses de biologie médicale (suite)	Pour obtenir des renseignements complémentaires, se référer aux documents suivants : • outil d'aide à la pratique clinique intitulé « Prélèvements et analyses recommandés en fonction de l'infection recherchée chez les personnes asymptomatiques (dépistage) » : [http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/3113c4e51c2166a485257d1100607338?OpenDocument] ; • section 8.2 du présent document ; • <i>Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement</i> : [http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/index-fra.php]. Note : consulter son laboratoire serveur afin de connaître les analyses disponibles dans son milieu et les conditions à respecter pour le prélèvement, la conservation et le transport des spécimens.
MADO	La syphilis est une infection à déclaration obligatoire (MADO). Pour obtenir le formulaire de déclaration AS-770, consulter le site suivant : [http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/intra/formres.nsf/36e747f5dc7d0d6585256e1a006ba727/64631465d0d5c09085256ecf006b4afd/\$FILE/AS-770_DT9070(2013-03)D.pdf]. Pour en savoir davantage sur les maladies à déclaration obligatoire, consulter le site suivant : [http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/mado/index.php].
Traitement	• Le traitement de la syphilis primaire, secondaire ou latente précoce consiste généralement en l'administration d'antibiotiques par voie intramusculaire, en dose unique. • Le traitement de la syphilis latente tardive ou latente de durée inconnue consiste généralement en l'administration d'antibiotiques par voie intramusculaire, une fois par semaine pendant trois semaines. • L'efficacité du traitement est évaluée en fonction du tableau clinique et du suivi sérologique. Pour les recommandations concernant les contrôles sérologiques et cliniques chez toute personne traitée, se référer au guide sur le traitement pharmacologique des ITSS, INESSS : syphilis [http://www.inesss.qc.ca] section « Publications », rubrique « Guides de l'INESSS ». • Pour des précisions sur le traitement, consulter un collègue expérimenté ou se référer aux documents suivants : ○ Guide sur le traitement pharmacologique des ITSS, INESSS : syphilis [http://www.inesss.qc.ca] section « Publications », rubrique « Guides de l'INESSS » ; ○ <i>Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement</i> : [http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/index-fra.php]. • Le traitement est gratuit pour la personne atteinte et pour ses partenaires, en vertu du Programme de gratuité des médicaments pour le traitement des MTS. Pour en savoir davantage à ce sujet, consulter le site suivant : [http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/da8aba03ca131e5785257d11006124c9?OpenDocument].

Prévention	Plusieurs mesures contribuent à réduire le risque de contracter une ITSS. Consulter à ce sujet les chapitres neuf et onze sur le counseling pré et post-test du présent document. • Les mesures suivantes permettent de diminuer le risque de transmission de la syphilis d'une personne infectée à une personne non infectée : ○ s'abstenir d'avoir des relations sexuelles jusqu'à la fin de la période de contagiosité ou, si c'est impossible, utiliser un condom avec tous ses partenaires sexuels, pour tout type de relations sexuelles, qu'elles soient vaginales, anales ou oro-génitales. • Les mesures suivantes permettent aux personnes ayant une syphilis d'éviter une aggravation de leur état de santé : ○ suivre les recommandations de l'équipe traitante (p. ex. : traitement, suivi médical) ; ○ pour prévenir une nouvelle infection, s'abstenir d'avoir des relations sexuelles avec ses partenaires antérieurs non traités. • La mesure suivante permet de briser la chaîne de transmission de la syphilis : ○ collaborer à l'intervention préventive auprès des partenaires : tous les partenaires sexuels exposés, et non pas uniquement le partenaire régulier, doivent être identifiés, joints, examinés, conseillés en matière de prévention et, dans certains cas, traités le plus rapidement possible. Consulter à ce sujet le document « Les partenaires sexuels, il faut s'en occuper ! » : [http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/08469bf531cc3cd585257d11005fe0f3?OpenDocument].
-------------------	---

16 Hépatite A

La présente fiche contient de l'information générale. Pour obtenir des renseignements complémentaires, se référer aux lignes directrices publiées par les organismes reconnus et aux outils d'aide à la pratique clinique, que l'on trouvera sur le site suivant : [<http://www.msss.gouv.qc.ca/its>], section « Documentation », rubrique « Professionnels de la santé/Outils », page « Intervention préventive relative aux ITSS ».

Définition	Infection du foie causée par le virus de l'hépatite A (VHA).
Tableau clinique	• Infection aiguë : ○ moins de 10 % des enfants de moins de six ans ont des symptômes. ○ la majorité des adultes sont symptomatiques : fièvre, malaises, céphalées, myalgies, anorexie, nausées, vomissements et diarrhée, suivis après quelques jours d'ictère, de selles pâles et d'urines foncées. • Il n'y a pas d'infection chronique.
Durée de l'infection	L'infection aiguë dure de quelques jours à plusieurs semaines. La guérison survient dans les deux mois chez environ les deux tiers des patients. Il n'y a pas de porteur chronique.
Complications	• Hépatite fulminante rare : plus fréquente chez les personnes ayant une maladie hépatique sous-jacente, notamment les personnes porteuses du VHC. • Mortalité de l'hépatite A aiguë symptomatique : se présente dans 0,1 à 0,5 % des cas ; mortalité de 1,8 % chez les adultes de plus de 50 ans et jusqu'à 4,6 % chez les porteurs d'une maladie chronique du foie.
Période d'incubation	La période d'incubation est de 15 à 50 jours ; en moyenne de 28 jours.
Période de contagiosité	Le virus est excrété dans les selles. Le risque de transmission est présent, chez les adultes, environ deux semaines avant le début des manifestations cliniques (p. ex. : ictère, pic d'activité des enzymes hépatiques chez les cas anictériques) et jusqu'à une semaine après. Les enfants et les nourrissons peuvent excréter le VHA plus longtemps que les adultes, soit jusqu'à plusieurs mois après le début de la maladie. Les personnes atteintes d'hépatite A peuvent transmettre l'infection, même si elles sont asymptomatiques. Une fois l'infection résolue, il n'y a aucun risque de transmission.
Réservoir	L'être humain. Dans de rares cas, les chimpanzés et certains autres primates non humains.
Épidémiologie	• Au Québec, avant 2007, le nombre moyen de cas par année était de 100, puis il a diminué progressivement à moins de 50 par année. • Les voyages en région endémique demeurent le facteur de risque le plus fréquent.

Modes de transmission	• Transmission fécale orale (principal mode de transmission) : ○ par la consommation d'eau ou d'aliments contaminés ; ○ de personne à personne, par des contacts rapprochés (p. ex. : personnes vivant sous le même toit) ; ○ au cours de relations sexuelles orales-anales (anilingus) ; ○ lorsqu'il y a partage de matériel de préparation, d'injection ou d'inhalation de drogues ou partage de la drogue elle-même. Pour en savoir davantage sur les modes de transmission du VHA, consulter le document suivant : • l'outil d'aide à la pratique clinique intitulé « Estimation du risque associé aux activités sexuelles » : [http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/48ba712817d5747685257d11005e1999?OpenDocument].
Analyses de biologie médicale	• Analyse à des fins de dépistage de l'infection : aucune analyse n'est indiquée. • Analyse à des fins diagnostiques : sérologie ○ Procéder à un prélèvement veineux pour déterminer la présence d'une infection aiguë – en présence de symptômes : rechercher les anticorps IgM contre le VHA (anti-VHA IgM). • Analyse à des fins de détection de l'immunité (lorsqu'indiqué) : sérologie ○ Procéder à un prélèvement veineux pour vérifier l'état immunitaire de la personne (à la suite d'une infection antérieure ou de la vaccination) par la recherche des anticorps IgG totaux contre le VHA (anti-VHA IgG). – La détection systématique des anti-VHA n'est généralement pas recommandée avant la vaccination et, lorsqu'elle est indiquée, elle ne devrait pas retarder la vaccination si une exposition est prévisible. – La détection systématique des anti-VHA après la vaccination n'est pas recommandée. – Pour les analyses sérologiques liées à la vaccination, consulter le PIQ : [http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/piq/chap10-4-1.pdf]. Notes • Il est nécessaire de préciser, sur le formulaire envoyé au laboratoire, l'analyse requise : détection de l'immunité (anti-VHA IgG) ou d'une hépatite aiguë (anti-VHA IgM). • Consulter son laboratoire serveur afin de connaître les analyses disponibles dans son milieu et les conditions à respecter pour le prélèvement, la conservation et le transport des spécimens.
MADO	L'hépatite A est une MADO. Pour obtenir le formulaire de déclaration AS-770, consulter le site suivant : [http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/intra/formres.nsf/36e747f5dc7d0d6585256e1a006ba727/64631465d0d5c09085256ecf006b4afd/\$FILE/AS-770_DT9070(2013-03)D.pdf]. Pour en savoir davantage sur les maladies à déclaration obligatoire, consulter le site suivant : [http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/mado/index.php].
Traitement	De façon générale, l'infection guérit spontanément, sans traitement. Si nécessaire, on peut offrir un traitement de soutien pour soulager les symptômes.

Prévention	L'apparition d'anticorps IgG contre le VHA (anti-VHA IgG) à la suite d'une infection entraîne une immunité qui protège contre les réinfections pour toute la vie. Plusieurs mesures contribuent à réduire le risque de contracter une hépatite A par transmission sexuelle. Consulter à ce sujet les chapitres neuf et onze sur le counseling pré et post-test du présent document. • L'immunisation permet également d'éviter de contracter l'hépatite A. Au Québec, dans le cadre du programme de vaccination contre l'hépatite B des élèves de 4^e année du primaire, le vaccin utilisé depuis 2008 est le vaccin combiné contre l'hépatite A et l'hépatite B. De plus, il est recommandé : ○ de procéder à l'immunisation contre l'hépatite A des personnes faisant partie des groupes à risque : pour les indications ou les recommandations liées à la vaccination, consulter le PIQ : [http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/piq/chap10-4-1.pdf] ou l'outil d'aide à la pratique clinique intitulé « Vaccination et ITSS » : [http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/dd2199c7d6cb392e85257d110061dc08?OpenDocument]. La durée de la protection conférée par le vaccin est de plus de vingt ans chez les personnes en bonne santé. ○ de fournir de l'information sur l'immunisation contre l'hépatite A aux personnes voyageant dans des pays endémiques et de les inviter à appliquer les autres mesures de prévention indiquées (p. ex. : éviter l'ingestion d'eau contaminée). Dans ce contexte, le vaccin n'est pas soutenu financièrement par le MSSS. Consulter à ce sujet le PIQ : [http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/piq/chap10-4-1.pdf] ou le <i>Guide d'intervention santé voyage – Situation épidémiologique et recommandations</i> : [http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1441_GuideSanteVoyage.pdf]. • Les mesures suivantes permettent de diminuer le risque de transmission de l'hépatite A d'une personne infectée à une personne non infectée : ○ se laver les mains après être allé aux toilettes et avant toute manipulation d'aliments (les personnes infectées ne devraient pas préparer de la nourriture pour d'autres qu'elles-mêmes) ; ○ s'abstenir d'avoir des relations sexuelles orales-anales jusqu'à la fin de la période de contagiosité ou, si c'est impossible, utiliser un carré de latex (ex. : digue dentaire) avec tous ses partenaires sexuels non immuns ; ○ ne pas partager de drogues ni de matériel de préparation, d'injection ou d'inhalation de drogues. • La mesure suivante permet de briser la chaîne de transmission de l'hépatite A : ○ collaborer à l'intervention préventive auprès des contacts de cas d'hépatite A aiguë, selon les recommandations de la DSP de sa région. • Les mesures suivantes permettent aux personnes ayant une hépatite A d'éviter une aggravation de leur état de santé : ○ suivre les recommandations de l'équipe traitante ; ○ éviter l'alcool ; ○ consulter un pharmacien ou un médecin avant de consommer des médicaments en vente libre ou des produits naturels.
--------------------------	---

17 Hépatite B

La présente fiche contient de l'information générale. Pour obtenir des renseignements complémentaires, se référer aux lignes directrices publiées par les organismes reconnus et aux outils d'aide à la pratique clinique, que l'on trouvera sur le site suivant : [\[http://www.msss.gouv.qc.ca/itss\]](http://www.msss.gouv.qc.ca/itss), section « Documentation », rubrique « Professionnels de la santé/Outils », page « Intervention préventive relative aux ITSS ».

Définition	Infection du foie causée par le virus de l'hépatite B (VHB).
Tableau clinique	• Infection aiguë ○ Les symptômes peuvent être observés chez 20 à 50 % des adultes, mais ils sont rares chez les nourrissons et les enfants. ○ Les symptômes peuvent être plus ou moins marqués et se présentent comme suit : asthénie, anorexie, nausées, vomissements, douleurs abdominales, légère fièvre, arthralgies, rash et, dans certains cas, ictère, selles pâles et urines foncées. • Infection chronique ○ 90 % des nourrissons et moins de 5 % des personnes infectées à l'âge adulte développeront une infection chronique. Dans la majorité des cas, l'infection est asymptomatique. Lorsqu'elle est symptomatique, la fatigue est le symptôme le plus souvent observé.
Durée de l'infection	• Infection aiguë : la majorité (95 %) des adultes immunocompétents se rétablissent en six mois et acquièrent une immunité à vie. • Infection chronique : la persistance de l'antigène de surface du VHB (AgHBs) durant plus de six mois indique une infection chronique.
Complications	En l'absence de traitement, certaines complications peuvent survenir. • Infection aiguë : évolue rarement vers une hépatite fulminante qui se manifeste par une insuffisance hépatique aiguë avec encéphalopathie et coagulopathie. Cette complication survient dans les huit semaines suivant le début de l'ictère et peut causer la mort. • Infection chronique : après plusieurs décennies d'infection, de 15 à 40 % des patients atteints d'infections chroniques développeront une cirrhose qui se manifestera notamment par les syndromes cliniques suivants : hépatalgie, érythème palmaire, angiomes stellaires, gynécomastie, atrophie testiculaire, ictère, ascite. La cirrhose peut évoluer vers une insuffisance hépatique terminale ou un carcinome hépatocellulaire.
Période d'incubation	De 30 à 180 jours ; en moyenne de 60 à 90 jours.
Période de contagiosité	• Phase aiguë : risque de transmission présent quelques semaines avant l'apparition des symptômes, jusqu'à la disparition de l'AgHBs et l'apparition de l'anti-HBs, soit environ six mois après la manifestation des symptômes. Les personnes atteintes d'hépatite B aiguë peuvent transmettre l'infection, même si elles n'ont pas de symptômes. • Porteurs chroniques non traités : le risque de transmission persiste.
Réservoir	L'être humain.

Épidémiologie	Au Québec : • en diminution constante depuis la mise en place des programmes de vaccination gratuite, notamment depuis 1994, année où l'on a commencé à administrer le vaccin en 4e année du primaire ; • les cas déclarés sont surtout des cas d'infection chronique, les infections aiguës se faisant de plus en plus rares ; • la possibilité d'éclosions demeure toutefois présente. Pour en savoir davantage à ce sujet, consulter le site suivant : [http://www.msss.gouv.qc.ca/itss], section « Statistiques », rubrique « Au Québec ».
Modes de transmission	• Contact avec des sécrétions génitales infectées : ○ dans un contexte sexuel (principal mode de transmission) ; ○ de la mère infectée à son enfant au moment de l'accouchement. • Transmission sanguine : ○ par transfusion sanguine, lorsque les mesures de sécurité transfusionnelles ne sont pas appliquées – notons qu'elles sont appliquées universellement au Canada ; ○ lorsqu'il y a partage de matériel de préparation, d'injection ou d'inhalation de drogues ou partage de la drogue elle-même ; ○ par le tatouage, le perçage, l'électrolyse ou l'acupuncture dans des conditions non stériles ; ○ par une exposition percutanée accidentelle ou par une exposition accidentelle des muqueuses à des liquides biologiques contaminés, incluant les piqûres avec des seringues à la traîne ; ○ par contact direct avec de la peau non intacte. • Transmission transplacentaire : de la mère infectée à son fœtus (dans moins de 5 % des cas). • Transmission par la salive : dans le cas d'une morsure avec déchirure de la peau (très rare). Pour en savoir davantage sur les modes de transmission du VHB, consulter les documents suivants : • l'outil d'aide à la pratique clinique intitulé « Estimation du risque associé aux activités sexuelles » : [http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/48ba712817d5747685257d11005e1999?OpenDocument] ; • <i>Guide pour la prophylaxie postexposition (PPE) à des liquides biologiques dans le contexte du travail</i> : [http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/24578ea647005722852571480070070f?OpenDocument] ; • <i>Guide pour la prophylaxie après une exposition au VIH, au VHB et au VHC dans un contexte non professionnel</i> : [http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/23a42408ae65cdab85257770006c0153?OpenDocument].
Période fenêtre	Le délai minimal pour détecter les AgHBs est d'une semaine. La période fenêtre pour détecter les AgHBs se termine douze semaines après l'exposition. Pour obtenir des renseignements complémentaires, consulter la section 8.2 du présent document.

Analyses de biologie médicale	• Analyse à des fins de dépistage de l'infection : sérologie ○ Procéder à un prélèvement veineux pour déterminer la présence d'une infection : rechercher les AgHBs. • Analyse à des fins de détection de l'immunité (lorsqu'indiqué) : sérologie ○ Procéder à un prélèvement veineux pour vérifier l'état immunitaire de la personne (à la suite d'une infection antérieure ou de la vaccination) par la recherche des anti-HBs. Les analyses recommandées pour le dépistage du VHB chez les personnes immunosupprimées ou les personnes vivant avec le VIH peuvent être différentes et sont actuellement en cours de révision. Au besoin, consulter un collègue expérimenté. Pour déterminer les analyses à effectuer pour le dépistage du VHB à la suite d'une exposition accidentelle et ponctuelle où il y a eu contact avec du sang ou d'autres liquides biologiques potentiellement contaminés par l'hépatite B ou à la suite d'une exposition dans un contexte professionnel, consulter le Guide pour la prophylaxie après une exposition au VIH, au VHB et au VHC dans un contexte non professionnel et le Guide pour la prophylaxie postexposition (PPE) à des liquides biologiques dans le contexte du travail. Le tableau qui suit propose des interprétations des résultats obtenus lorsque les analyses ont été effectuées après la fin de la période fenêtre chez une personne immunocompétente.		
Résultats des analyses sérologiques			Interprétation
AgHBs	Anti-HBc	Anti-HBs	
Négatif	Négatif	Négatif	Absence d'hépatite B et absence d'immunité contre l'hépatite B
Négatif	Négatif	DéTECTABLE mais < 10 UI/L	Absence d'hépatite B Immunité possible contre l'hépatite B à la suite de la vaccination, car le taux d'anti-HBs peut diminuer avec le temps (consulter le PIQ).
Négatif	Négatif	Positif ≥ 10 UI/L	Immunité contre l'hépatite B à la suite de la vaccination

Analyses de biologie médicale (suite)	Résultats des analyses sérologiques			Interprétation
	AgHBs	Anti-HBc	Anti-HBs	
	Négatif	Positif	Positif ≥ 10 UI/L ou détectable mais < 10 UI/L	Hépatite B ancienne résolue
	Positif	Négatif	Négatif ou détectable mais < 10 UI/L	Profil inhabituel (répéter la sérologie) pouvant apparaître lorsque la sérologie est effectuée : • moins de 28 jours après la vaccination (présence d'AgHBs de façon transitoire) ; • lorsqu'il y a présence d'une infection aiguë, avant l'apparition des anti-HBc IgM.
	Positif	Positif	Négatif ou détectable mais < 10 UI/L	Hépatite B aiguë ou chronique
	Négatif	Positif	Négatif	Plusieurs interprétations possibles (consulter un collègue expérimenté).
	Positif	Positif ou Négatif	Positif ≥ 10 UI/L	Profil inhabituel (répéter la sérologie).
Pour obtenir des renseignements complémentaires, se référer aux documents suivants : • outil d'aide à la pratique clinique intitulé « Prélèvements et analyses recommandés en fonction de l'infection recherchée chez les personnes asymptomatiques (dépistage) » : [http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/3113c4e51c2166a485257d1100607338?OpenDocument] ; • section 8.2 du présent document ; • <i>Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement</i> : [http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/index-fra.php] ; • <i>Protocole d'immunisation du Québec</i> (pour les analyses recommandées afin de vérifier le statut immunitaire, avant ou après la vaccination) : [http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/piq/chap10-4-2.pdf]. Note : consulter son laboratoire serveur afin de connaître les analyses disponibles dans son milieu et les conditions à respecter pour le prélèvement, la conservation et le transport des spécimens.				

MADO	L'hépatite B est une maladie à déclaration obligatoire (MADO). Pour obtenir le formulaire de déclaration AS-770, consulter le site suivant : [http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/intra/formres.nsf/36e747f5dc7d0d6585256e1a006ba727/64631465d0d5c09085256ecf006b4afd/\$FILE/AS-770_DT9070(2013-03)D.pdf]. Pour en savoir davantage sur les maladies à déclaration obligatoire, consulter le site suivant : [http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/mado/index.php].
Traitement	• Une thérapie antivirale n'est pas indiquée en phase aiguë. Si nécessaire, un traitement de soutien peut soulager les symptômes. • Le traitement de l'infection chronique par le VHB vise à prévenir ou à réduire la progression de l'atteinte hépatique et les complications qui y sont associées. • Lorsqu'il est indiqué, le traitement consiste en des injections par voie sous-cutanée ou en l'administration de comprimés par voie orale. La durée du traitement varie de plusieurs mois à toute la vie. Pour des précisions sur le traitement, se référer aux documents suivants : • COFFIN, C.S., FUNG, S.K. ET MA, M.M. « Management of chronic hepatitis B: Canadian Association for the Study of the Liver consensus Guidelines », 2012 : [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3551569/pdf/cjg26917.pdf] ; • <i>La prise en charge et le traitement des personnes co-infectées par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et le virus de l'hépatite B (VHB) – Guide pour les professionnels de la santé du Québec</i> : [http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/b640b2b84246d64785256b1e00640d74/c2ce070edad2dd1d8525786900606073?OpenDocument].
Prévention	L'apparition d'anti-HBs à la suite d'une infection entraîne habituellement une immunité qui protège contre les réinfections pour toute la vie. Plusieurs mesures contribuent à réduire le risque de contracter une ITSS. Consulter à ce sujet les chapitres neuf et onze sur le counseling pré et post-test du présent document. • Les mesures suivantes permettent également d'éviter la propagation de l'hépatite B : ○ immunisation contre l'hépatite B des personnes faisant partie des groupes à risque : pour les indications ou les recommandations relatives à la vaccination, consulter le PIQ : [http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/piq/chap10-4-2.pdf] ou l'outil d'aide à la pratique clinique intitulé « Vaccination et ITSS » : [http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/dd2199c7d6cb392e85257d110061dc08?OpenDocument]. La durée de la protection conférée par le vaccin est de plus de vingt ans chez les personnes en bonne santé ; ○ prophylaxie post-exposition (PPE) : à la suite d'une exposition à des sécrétions génitales, à du sang ou à un autre liquide biologique susceptible de transmettre des infections à diffusion hématogène, une PPE peut être indiquée selon les recommandations du <i>Guide pour la prophylaxie postexposition (PPE) à des liquides biologiques dans le contexte du travail</i> : [http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/24578ea647005722852571480070070f?OpenDocument] et du <i>Guide pour la prophylaxie après une exposition au VIH, au VHB et au VHC dans un contexte non professionnel</i> : [http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/23a42408ae65cdab85257770006c0153?OpenDocument].

Prévention (suite)	• Les mesures suivantes permettent de diminuer le risque de transmission de l'hépatite B d'une personne infectée à une personne non infectée : ○ utiliser un condom avec tous ses partenaires sexuels non immuns, pour tout type de relations sexuelles, qu'elles soient vaginales, anales ou oro-génitales ; ○ ne pas partager de drogues ni de matériel de préparation, d'injection ou d'inhalation de drogues ; ○ ne pas donner de sang, de sperme, d'organes ni de tissus ; ○ ne pas partager ses articles d'hygiène personnelle (p. ex. : rasoir, ciseaux, coupe-ongles, brosse à dents) ; ○ couvrir soigneusement toute coupure ou plaie ouverte et se débarrasser en toute sécurité de tout objet contaminé par du sang ; ○ avoir recours à une thérapie antivirale ; ○ informer son médecin en cas de grossesse – grossesse de la personne infectée ou de sa partenaire – ou si sa partenaire planifie une grossesse : des interventions sont possibles pour prévenir l'infection chez le nouveau-né. L'allaitement n'est pas contre-indiqué. En présence de crevasses ou de saignements du mamelon, un avis médical est suggéré mais, si le nouveau-né est rapidement protégé contre le VHB après sa naissance, l'allaitement n'est pas contre-indiqué. • La mesure suivante permet de briser la chaîne de transmission de l'hépatite B : ○ collaborer à l'intervention préventive auprès des contacts domiciliaires de la personne atteinte d'une hépatite B aiguë ou chronique et auprès de ses partenaires sexuels : ces personnes pourront recevoir de l'information et une immunisation ou des immunoglobulines selon les recommandations du PIQ : [http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/piq/chap10-4-2.pdf] et du <i>Guide d'intervention – L'hépatite B – Janvier 2014 – 2^e édition</i>, (MSSS, 2014) : [En ligne]. [http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/b9b6f5e532b8ff9385257c940051ff63?OpenDocument]. • Les mesures suivantes permettent aux personnes ayant une hépatite B d'éviter une aggravation de leur état de santé : ○ suivre les recommandations de l'équipe traitante (p. ex. : suivi médical régulier et traitement, lorsque indiqué) ; ○ se faire vacciner contre l'hépatite A, le pneumocoque et compléter l'immunisation de base. Se référer aux recommandations du PIQ : [http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/6335dde40226af59852575cc0048804d] ; ○ éviter l'alcool ; ○ avoir de saines habitudes de vie, incluant le maintien d'un poids santé ; ○ consulter un pharmacien ou un médecin avant de consommer des médicaments en vente libre ou des produits naturels ; ○ informer son pharmacien ou son médecin de son infection par le VHB lorsqu'on doit prendre un nouveau médicament pour une autre condition.
----------------------------------	--

18 Hépatite C

La présente fiche contient de l'information générale. Pour obtenir des renseignements complémentaires, se référer aux lignes directrices publiées par les organismes reconnus et aux outils d'aide à la pratique clinique, que l'on trouvera sur le site suivant : [\[http://www.msss.gouv.qc.ca/itss\]](http://www.msss.gouv.qc.ca/itss), section « Documentation », rubrique « Professionnels de la santé/Outils », page « Intervention préventive relative aux ITSS ».

Définition	Infection du foie causée par le virus de l'hépatite C (VHC). Il existe plusieurs génotypes du VHC.
Tableau clinique	• Infection aiguë (moins de six mois après que l'infection a été contractée) : souvent asymptomatique (dans environ 80 % des cas). Les manifestations possibles sont les suivantes : anorexie, fatigue, douleur abdominale vague ou située au quadrant supérieur droit, nausées, vomissements, fièvre légère, ictère, urines foncées et selles pâles. • Infection chronique (infection qui persiste plus de six mois) : généralement asymptomatique, fatigue persistante ou intermittente ou malaise général.
Durée de l'infection	• Infection aiguë : environ 25 % des personnes infectées guérissent sans traitement, en général en moins de trois mois. La probabilité d'éliminer spontanément le VHC est moindre en présence d'une co-infection par le VIH. • Infection chronique : sans traitement, l'infection persiste en général toute la vie.
Complications	• Infection aiguë : hépatite fulminante très rare. • Infection chronique, en l'absence de traitement, après plusieurs années : ○ cirrhose (dans environ 20 % des cas ; en présence de co-facteurs comme la consommation d'alcool, le diabète, un âge de plus de 40 ans au moment de l'apparition de la maladie, la co-infection par le VIH ou par d'autres virus hépatotropes, dans 10 à 40 % des cas, dans un délai variant entre 10 ans et plus de 50 ans) ; ○ insuffisance hépatique (de 4 à 5 % de personnes atteintes par an en présence de cirrhose) ; ○ carcinome hépatocellulaire (de 1 à 4 % de personnes atteintes par an en présence de cirrhose).
Période d'incubation	De deux semaines à six mois ; en moyenne de six à neuf semaines.
Période de contagiosité	• Infection aiguë : risque de transmission présent d'une à plusieurs semaines avant l'apparition des symptômes. Les personnes atteintes d'hépatite C aiguë peuvent transmettre l'infection, même si elles sont asymptomatiques. • Porteurs chroniques : le risque de transmission persiste en général pour le reste de leur vie, à moins que le virus soit éradiqué à la suite d'un traitement.
Réservoir	L'être humain.
Épidémiologie	Au Québec : • plus de 1 200 cas déclarés par année. La prévalence s'approcherait de 1 % ; • les nouvelles infections touchent principalement les utilisateurs de drogues par injection et par inhalation. Au Canada, une proportion importante de personnes infectées ignore l'être (44 % selon certaines estimations). Pour en savoir davantage à ce sujet, consulter le site suivant : [http://www.msss.gouv.qc.ca/itss], section « Statistiques », rubrique « Au Québec ».

Modes de transmission	• Transmission sanguine : ○ lorsqu'il y a partage de matériel de préparation, d'injection ou d'inhalation de drogues (principal mode de transmission) ou partage de la drogue elle-même ; ○ par le tatouage, le perçage, l'électrolyse ou l'acupuncture dans des conditions non stériles ; ○ par transfusion sanguine, lorsque les mesures de sécurité transfusionnelles ne sont pas appliquées – notons qu'elles sont appliquées universellement au Canada ; ○ par une exposition percutanée accidentelle à des liquides biologiques contaminés, incluant les piqûres avec des seringues à la traîne ; ○ par contact direct avec de la peau non intacte ; ○ à la suite d'une morsure avec déchirure cutanée par une personne infectée ayant du sang dans la bouche. • Transmission de la mère infectée à son enfant au moment de l'accouchement : ○ une transmission est possible, mais rare : dans environ 3 à 5 % des cas ; le risque est plus élevé, jusqu'à 36 % des cas, en présence d'une co-infection par le VIH. • Transmission sexuelle : ○ rare chez les couples hétérosexuels ; ○ documentée chez les HARSAH vivant avec le VIH lorsqu'ils s'adonnent à des pratiques sexuelles anales ou à des pratiques où le risque de traumatisme est élevé, en présence de sang et de lésions associées à d'autres ITS. Pour en savoir davantage sur les modes de transmission du VHC, consulter les documents suivants : • l'outil d'aide à la pratique clinique intitulé « Estimation du risque associé aux activités sexuelles » : [http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/48ba712817d5747685257d11005e1999?OpenDocument] ; • <i>Guide pour la prophylaxie postexposition (PPE) à des liquides biologiques dans le contexte du travail</i> : [http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/24578ea647005722852571480070070f?OpenDocument] ; • <i>Guide pour la prophylaxie après une exposition au VIH, au VHB et au VHC dans un contexte non professionnel</i> : [http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/23a42408ae65cdab85257770006c0153?OpenDocument].
Période fenêtre	Le délai minimal pour détecter les anti-VHC est de six semaines. La période fenêtre pour détecter les anti-VHC se termine douze semaines après l'exposition. Les notions de délai minimal et de période fenêtre ne sont pas utilisées pour déterminer le moment opportun pour effectuer la recherche de l'ARN du VHC.

Analyses de biologie médicale	• Dans un contexte de dépistage : ○ procéder à des prélèvements veineux : - en vue de rechercher des anti-VHC ; - en vue d’une recherche qualitative de l’ARN du VHC lorsque l’anti-VHC est positif, cela afin de confirmer la présence de l’infection. Les analyses recommandées varient en fonction des situations, pour obtenir des renseignements complémentaires, consulter la section 8.2 et l’annexe XII – Algorithmes présentant les analyses recommandées pour le dépistage du VHC du présent document. Les analyses recommandées pour le dépistage du VHC chez les personnes immunosupprimées ou les personnes vivant avec le VIH peuvent être différentes et sont actuellement en cours de révision. Au besoin, consulter un collègue expérimenté. Pour déterminer les analyses à effectuer pour le dépistage du VHC à la suite d'une exposition accidentelle et ponctuelle où il y a eu contact avec du sang ou d'autres liquides biologiques potentiellement contaminés par l'hépatite C ou à la suite d'une exposition dans un contexte professionnel, consulter le Guide pour la prophylaxie après une exposition au VIH, au VHB et au VHC dans un contexte non professionnel et le Guide pour la prophylaxie postexposition (PPE) à des liquides biologiques dans le contexte du travail. Le tableau qui suit propose des interprétations des résultats obtenus lorsque les analyses ont été effectuées après la fin de la période fenêtre chez une personne immunocompétente.		
	Résultats des analyses sérologiques		Interprétation
	Anti-VHC	ARN du VHC	
	Négatif	Négatif ou non vérifié	Absence d’hépatite C
	Négatif	Positif	Hépatite C aiguë
	Positif	Positif	Hépatite C aiguë ou chronique
	Positif	Négatif	Infection antérieure par le virus de l’hépatite C. Ce profil peut refléter une des situations suivantes : • Hépatite C antérieure guérie (sans traitement) La guérison est confirmée par l’obtention de résultats négatifs lors d’une recherche qualitative d’ARN du VHC sur deux échantillons prélevés à douze semaines d’intervalle. • Hépatite C guérie à la suite d’un traitement La guérison est confirmée par l’obtention d’un résultat négatif lors d’une recherche qualitative d’ARN du VHC six mois après la fin du traitement. • Hépatite C récente La charge virale du VHC (ARN du VHC) peut fluctuer pendant les premiers mois suivant l’exposition.
	Indéterminé	Positif	Hépatite C aiguë ou chronique
	Indéterminé	Négatif	Absence d’hépatite C

Analyses de biologie médicale (suite)	Pour obtenir des renseignements complémentaires, se référer aux documents suivants : • l'outil d'aide à la pratique clinique intitulé « Prélèvements et analyses recommandés en fonction de l'infection recherchée chez les personnes asymptomatiques (dépistage) » : [http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/3113c4e51c2166a485257d1100607338?OpenDocument] ; • <i>La prise en charge et le traitement des personnes infectées par le virus de l'hépatite C – Guide pour les professionnels de la santé du Québec</i>, MSSS, à paraître. Note : consulter son laboratoire serveur afin de connaître les analyses disponibles dans son milieu et les conditions à respecter pour le prélèvement, la conservation et le transport des spécimens.
MADO	L'hépatite C est une MADO. Pour obtenir le formulaire de déclaration AS-770, consulter le site suivant : [http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/intra/formres.nsf/36e747f5dc7d0d6585256e1a006ba727/64631465d0d5c09085256ecf006b4afd/\$FILE/AS-770_DT9070(2013-03)D.pdf]. Pour en savoir davantage sur les maladies à déclaration obligatoire, consulter le site suivant : [http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/mado/index.php].
Traitement	• Une thérapie antivirale permet d'éradiquer l'infection chez la plupart des personnes infectées à qui le traitement est prescrit pour la première fois. Le type de traitement et son succès dépendent entre autres du type d'infection (aiguë ou chronique), du génotype du virus, de la présence d'une co-infection par le VIH, de la présence de complications (insuffisance hépatique, cirrhose), etc. • Lorsqu'indiqué, le traitement consiste en des injections par voie sous-cutanée et en l'administration de comprimés par voie orale. Dans un avenir rapproché, des traitements par voie orale sans injection devraient être disponibles. Pour des précisions sur le traitement, se référer au document suivant : <i>La prise en charge et le traitement des personnes infectées par le virus de l'hépatite C – Guide pour les professionnels de la santé du Québec</i>, MSSS, à paraître.
Prévention	La guérison ou la présence d'anticorps contre le VHC ne procurent pas d'immunité et ne protègent pas contre les réinfections. Plusieurs mesures contribuent à réduire le risque de contracter une ITSS. Consulter à ce sujet les chapitres neuf et onze sur le counseling pré et post-test du présent document. Par contre, aucune prophylaxie post-exposition (PPE) n'est disponible pour le VHC. De plus, il n'existe aucun vaccin contre l'hépatite C.

Prévention (suite)	• Les mesures suivantes permettent de diminuer le risque de transmission de l'hépatite C d'une personne infectée à une personne non infectée : ○ ne pas partager de drogues ni de matériel de préparation, d'injection ou d'inhalation de drogues ; ○ ne pas donner de sang, de sperme, d'organes ni de tissus ; ○ ne pas partager ses articles d'hygiène personnelle (p. ex. : rasoir, ciseaux, coupe-ongles, brosse à dents) ; ○ couvrir soigneusement toute coupure ou plaie ouverte et se débarrasser en toute sécurité de tout objet contaminé par du sang ; ○ en présence de sang (menstruations ou pratiques sexuelles où le risque de traumatisme est élevé), utiliser un condom avec tous ses partenaires sexuels, pour tout type de relations sexuelles, qu'elles soient vaginales ou anales ; ○ en présence d'une co-infection par le VIH, utiliser un condom avec tous ses partenaires sexuels, pour tout type de relations sexuelles, qu'elles soient vaginales, anales ou oro-génitales ; ○ informer son médecin en cas de grossesse – grossesse de la personne infectée ou de sa partenaire – ou si sa partenaire planifie une grossesse. L'allaitement n'est pas contre-indiqué. En présence de crevasses ou de saignements du mamelon, un avis médical est suggéré. • Les mesures suivantes permettent aux personnes infectées par le VHC d'éviter une aggravation de leur état de santé : ○ suivre les recommandations de l'équipe traitante (p. ex. : suivi médical régulier et traitement, lorsque indiqué) ; ○ se faire vacciner contre l'hépatite A, l'hépatite B, le pneumocoque et compléter l'immunisation de base. Se référer aux recommandations du PIQ à ce sujet : [http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/6335dde40226af59852575cc0048804d?OpenDocument] ; ○ éviter l'alcool ; ○ avoir de saines habitudes de vie, incluant le maintien d'un poids santé ; ○ consulter un pharmacien ou un médecin avant de consommer des médicaments en vente libre ou des produits naturels ; ○ informer son pharmacien ou son médecin de son infection par le VHC lorsqu'on doit prendre un nouveau médicament pour une autre condition.
---------------------------	--

19 Infection par le VIH

La présente fiche contient de l'information générale. Pour obtenir des renseignements complémentaires, se référer aux lignes directrices publiées par les organismes reconnus et aux outils d'aide à la pratique clinique, que l'on trouvera sur le site suivant : [<http://www.msss.gouv.qc.ca/itss>], section « Documentation », rubrique « Professionnels de la santé/Outils », page « Intervention préventive relative aux ITSS ».

Définition	Infection causée par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH).
Tableau clinique	En l'absence de traitement, l'infection par le VIH évolue en quatre phases. • Infection primaire ou aiguë : la majorité des personnes en primo-infection présenteront des symptômes (syndrome rétroviral aigu). Ceux-ci sont souvent non spécifiques ou de faible gravité et se résolvent généralement spontanément. Ils s'apparentent à ceux d'autres syndromes viraux, de même qu'à ceux de la grippe et de la mononucléose (fièvre, myalgies, maux de gorge, céphalées, nausées, diarrhée et vomissements, etc.). Ils peuvent être accompagnés d'adénopathies généralisées, d'une éruption cutanée, d'une candidose buccale et d'une ulcération des muqueuses. Des ulcérations de la cavité buccale sont également souvent rapportées. • Infection chronique asymptomatique : période de latence clinique (asymptomatique) qui suit l'infection primaire ou aiguë. • Infection chronique symptomatique : lorsque la réplication virale affaiblit le système immunitaire, cela peut entraîner une difficulté à combattre des infections. Les personnes infectées peuvent alors ressentir des symptômes tels que fatigue, diarrhée constante et fièvre persistante. • Le sida est l'étape la plus avancée de l'infection. L'effondrement graduel du système immunitaire peut conduire à des manifestations cliniques liées à des infections opportunistes et à certains cancers.
Durée de l'infection	Une fois contractée, l'infection persiste toute la vie (infection chronique). • Infection primaire ou aiguë : les symptômes persistent de une à trois semaines dans la majorité des cas. • Infection chronique asymptomatique : durée variable, de sept à dix ans sans traitement. • Infection chronique symptomatique et sida : environ un an (survie sans traitement).
Complications	En l'absence de traitement, complications ayant un lien avec l'immunodéficience : • infections opportunistes (p. ex. : pneumonie à <i>Pneumocystis jiroveci</i>, toxoplasmose cérébrale, infection à complexe <i>Mycobacterium avium</i> disséminée) ; • maladie neurologique primaire (p. ex. : démence liée au sida) ; • cancers (p. ex. : lymphome, sarcome de Kaposi). Réactions psychosexuelles : stigmatisation intériorisée, sentiment de culpabilité, « self-blame », symptômes dépressifs et anxiété, impression d'être victime de la fatalité, idées suicidaires, retrait social, diminution du désir sexuel, malaise social, léthargie.
Période d'incubation	• Infection primaire ou aiguë : de deux à quatre semaines après l'exposition au VIH. • Sida : plusieurs années après l'exposition au virus ; varie d'une personne à l'autre en fonction de diverses caractéristiques.

Période de contagiosité	Le risque de transmission de l'infection apparaît rapidement après que l'infection a été contractée et persiste indéfiniment. Le risque de transmission est plus élevé lorsque la charge virale est très élevée, par exemple : • pendant l'infection primaire ou aiguë (un risque de transmission très élevé peut persister jusqu'à six à douze semaines après que l'infection a été contractée) ; • pendant la phase de sida.
Réservoir	L'être humain. Des virus similaires ont été détectés chez certaines espèces de singes.
Épidémiologie	Au Québec : • plus de 300 nouveaux cas enregistrés chaque année ; • touche particulièrement les HARSAH, les UDI et les personnes originaires de pays où l'infection par le VIH est endémique. Pour en savoir davantage à ce sujet, consulter le document suivant : [http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1741_ProgSurvInfectionVIHQc_CasCumul2002-2012.pdf].
Modes de transmission	• Contact avec des sécrétions génitales infectées : ○ dans un contexte sexuel ; ○ de la mère infectée à son enfant au moment de l'accouchement. • Transmission transplacentaire : de la mère vivant avec le VIH à son fœtus. • Transmission postnatale : se produisant par l'allaitement (en Amérique du Nord, l'allaitement est contre-indiqué pour les mères infectées par le VIH). • Transmission sanguine : ○ par transfusion sanguine, lorsque les mesures de sécurité transfusionnelles ne sont pas appliquées – notons qu'elles sont appliquées universellement au Canada ; ○ lorsqu'il y a partage de matériel de préparation, d'injection ou d'inhalation de drogues ou partage de la drogue elle-même ; ○ par le tatouage ou le perçage dans des conditions non stériles ; ○ par une exposition percutanée accidentelle ou par une exposition accidentelle des muqueuses à des liquides biologiques contaminés, incluant les piqûres avec des seringues à la traîne ; ○ par contact direct du sang avec de la peau non intacte. Pour en savoir davantage sur les modes de transmission du VIH, consulter les documents suivants : • l'outil d'aide à la pratique clinique intitulé « Estimation du risque associé aux activités sexuelles » : [http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/48ba712817d5747685257d11005e1999?OpenDocument] ; • <i>Guide pour la prophylaxie postexposition (PPE) à des liquides biologiques dans le contexte du travail</i> : [http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/24578ea647005722852571480070070f?OpenDocument] ; • <i>Guide pour la prophylaxie après une exposition au VIH, au VHB et au VHC dans un contexte non professionnel</i> : [http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/23a42408ae65cdab85257770006c0153?OpenDocument].

Période fenêtre	Le délai minimal pour détecter l'infection par le VIH avec les trousse de 4^e génération est de 14 jours après l'exposition, et de 28 jours avec les trousse de 3^e génération. Sauf exception, la période fenêtre se termine 12 semaines après que l'infection a été contractée. Les exceptions sont les suivantes : immunosuppression consécutive à une autre maladie, infection chez un bébé né de mère infectée et, possiblement – bien que cela ne soit pas démontré –, le fait d'avoir reçu une prophylaxie antirétrovirale ou d'avoir une infection simultanée par le VHC. Pour obtenir des renseignements complémentaires, consulter la section 8.2 du présent document.
Analyses de biologie médicale	• Sérologie dans un contexte de dépistage : ○ procéder à un prélèvement veineux : selon les laboratoires, détection combinée des anticorps anti-VIH 1 et 2 seuls (trousse de 3^e génération) ou détection combinée des anticorps anti-VIH 1 et 2 et de l'Ag p24 (trousse de 4^e génération) ; ○ procéder à un prélèvement capillaire, dans certains milieux, à l'aide de la trousse de dépistage rapide du VIH : détection des anticorps anti-VIH 1 et 2 seulement. Notes • Tous les résultats positifs de tests de détection des anti-VIH font l'objet de tests de confirmation au LSPQ. • Il faut répéter tous les tests sérologiques initialement positifs au VIH à l'aide d'un second échantillon de sang pour exclure les erreurs de laboratoire et confirmer le diagnostic. • Consulter son laboratoire serveur afin de connaître les analyses disponibles dans son milieu et les conditions à respecter pour le prélèvement, la conservation et le transport des spécimens. Pour obtenir des renseignements complémentaires, se référer aux documents suivants : • outil d'aide à la pratique clinique intitulé « Prélèvements et analyses recommandés en fonction de l'infection recherchée chez les personnes asymptomatiques (dépistage) » : [http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/3113c4e51c2166a485257d1100607338?OpenDocument] ; • section 8.2 du présent document ; • <i>Supplément</i> du présent guide intitulé <i>Dépistage du VIH dans les points de service à l'aide de trousse de dépistage rapide</i> : [http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/9243ace3397c0db1852577380043df29?OpenDocument] ; • <i>Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement</i> : [http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/index-fra.php].

MADO	L'infection par le VIH et le sida sont des maladies à déclaration obligatoire (MADO) si, et 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. Pour obtenir le formulaire de déclaration AS-770, consulter le site suivant : [http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/intra/formres.nsf/36e747f5dc7d0d6585256e1a006ba727/64631465d0d5c09085256ecf006b4afd/\$FILE/AS-770_DT9070(2013-03)D.pdf]. 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. Pour en savoir davantage sur les maladies à déclaration obligatoire et la surveillance de l'infection par le VIH, consulter les sites suivants : • [http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/mado/index.php] ; • « Surveillance de l'infection par le VIH au Québec » : [http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/preventioncontrole/sidapage1.pdf].
Traitement	Il n'existe pas de traitement pour guérir l'infection. Une combinaison de médicaments antirétroviraux permet d'inhiber la réplication virale à des niveaux indétectables, de ralentir de façon importante la progression de l'infection et de reconstituer le système immunitaire. Le traitement diminue de façon importante le risque que l'infection évolue vers le sida et permet une survie prolongée. • Lorsqu'indiqué, le traitement consiste généralement en des comprimés par voie orale. Des effets secondaires peuvent être associés à la prise de médicaments antirétroviraux (p. ex. : anomalies métaboliques telles que l'hyperglycémie ou l'hyperlipidémie, insuffisance rénale, pancréatite, neuropathie périphérique). Pour des précisions sur le traitement, consulter un collègue expérimenté ou se référer aux documents suivants : • <i>La thérapie antirétrovirale pour les adultes infectés par le VIH – Guide pour les professionnels de la santé du Québec</i> : [http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/19e2a3dd63255ab8852573d3006805c5?OpenDocument] ; • <i>L'examen médical périodique de l'adulte vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) – Guide pour les professionnels de la santé du Québec</i> : [http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/83cffa4de98757e985257b9800472713?OpenDocument] ; • <i>Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement</i> : [http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/index-fra.php].

Prévention	Plusieurs mesures contribuent à réduire le risque de contracter une ITSS. Consulter à ce sujet les chapitres neuf et onze sur le counseling pré et post-test du présent document. • Les mesures suivantes permettent également d'éviter de contracter l'infection par le VIH : ○ prophylaxie post-exposition (PPE) : après une exposition à des sécrétions génitales, à du sang ou à un autre liquide biologique susceptible de transmettre des infections à diffusion hématogène, une PPE peut être indiquée selon les recommandations du <i>Guide pour la prophylaxie postexposition (PPE) à des liquides biologiques dans le contexte du travail</i> : [http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/24578ea647005722852571480070070f?OpenDocument] et du <i>Guide pour la prophylaxie après une exposition au VIH, au VHB et au VHC dans un contexte non professionnel</i> : [http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/23a42408ae65cdab85257770006c0153?OpenDocument] ; ○ prophylaxie préexposition au VIH (PPrE) : cette mesure n'est pas généralement recommandée. Seuls les médecins ayant une expertise dans l'utilisation des thérapies antirétrovirales devraient envisager, de manière exceptionnelle, l'utilisation de la PPrE chez des clientèles où le risque de contracter le VIH est très élevé. Consulter à ce sujet l'<i>Avis intérimaire sur la prophylaxie préexposition au virus de l'immunodéficience humaine</i>, pour connaître les indications et les conditions à respecter : [http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/a4ab9c71d10a010a85257ba4006b8bc6?OpenDocument]. Il n'existe aucun vaccin prophylactique ou thérapeutique contre l'infection par le VIH. • Les mesures suivantes permettent de diminuer le risque de transmission du VIH d'une personne infectée à une personne non infectée : ○ utiliser un condom avec tous ses partenaires sexuels, pour tout type de relations sexuelles, qu'elles soient vaginales, anales ou oro-génitales ; ○ ne pas partager de drogues ni de matériel de préparation, d'injection ou d'inhalation de drogues ; ○ ne pas donner de sang, de sperme, d'organes ni de tissus ; ○ ne pas partager ses articles d'hygiène personnelle (p. ex. : rasoir, ciseaux, coupe-ongles, brosse à dents) ; ○ couvrir soigneusement toute coupure ou plaie ouverte et se débarrasser en toute sécurité de tout objet contaminé par du sang ; ○ en présence des comportements à risque, consulter pour un dépistage périodique des ITSS ; ○ atteindre et maintenir une charge virale indétectable grâce à une thérapie antirétrovirale ; ○ informer son médecin en cas de grossesse – grossesse de la personne infectée ou de sa partenaire – ou si sa partenaire planifie une grossesse : le traitement antirétroviral de la mère pendant la grossesse diminue considérablement la transmission périnatale du VIH.
--------------------------	---

Prévention (suite)	• La mesure suivante permet de briser la chaîne de transmission de l'infection par le VIH : ○ collaborer à l'intervention préventive auprès des partenaires : tous les partenaires sexuels exposés, et non pas uniquement le partenaire régulier, doivent être identifiés, joints, examinés et conseillés en matière de prévention le plus rapidement possible. Consulter à ce sujet le document « Les partenaires sexuels, il faut s'en occuper ! » : [http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/08469bf531cc3cd585257d11005fe0f3?OpenDocument]. • Les mesures suivantes permettent aux personnes infectées par le VIH d'éviter une aggravation de leur état de santé : ○ suivre les recommandations de l'équipe traitante (p. ex. : suivi médical régulier, prise d'antirétroviraux ou recours à une prophylaxie contre les infections opportunistes, si indiqué) ; ○ avoir de saines habitudes de vie ; ○ se faire vacciner : plusieurs vaccins sont recommandés systématiquement à toutes les personnes vivant avec le VIH alors que d'autres sont recommandés à des populations déterminées ou dans des circonstances particulières. Pour obtenir des renseignements complémentaires, consulter <i>L'examen médical périodique de l'adulte vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) - Guide pour les professionnels de la santé du Québec</i> : [http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/83cffa4de98757e985257b9800472713?OpenDocument].
----------------------------------	---

20 Condylomes acuminés

La présente fiche comporte de l'information générale. Pour obtenir des renseignements complémentaires, se référer aux lignes directrices publiées par les organismes reconnus et aux outils d'aide à la pratique clinique, que l'on trouvera sur le site suivant : [<http://www.msss.gouv.qc.ca/itss>], section « Documentation », rubrique « Professionnels de la santé/Outils », page « Intervention préventive relative aux ITSS ».

Définition	Les condylomes acuminés font partie d'un ensemble d'infections causées par les virus du papillome humain (VPH). Les condylomes sont causés par les génotypes à faible risque oncogène du VPH. Les génotypes 6 et 11 causent plus de 85 % des condylomes acuminés.
Tableau clinique	Une proportion importante des infections anogénitales causées par les VPH à faible risque oncogène sont asymptomatiques et subcliniques. Chez les personnes qui présentent des signes d'infection, les condylomes acuminés sont parmi les manifestations les plus fréquentes. Les personnes qui ont des condylomes rapportent rarement d'autres symptômes que l'apparition de ces excroissances. Parmi les autres symptômes, on peut noter les saignements, le prurit et les écoulements locaux. • Les condylomes acuminés sont des lésions exophytiques en forme de chou-fleur, de crête de coq ou encore des excroissances papuleuses sur la peau et les membranes muqueuses anogénitales. Ces lésions sont souvent multiples, asymétriques et polymorphiques. • Chez les femmes, les sites où l'on retrouve le plus souvent des condylomes sont la vulve, le périnée, la région péri-anale et, plus rarement, les aines, le vagin et le col utérin. • Chez les hommes, les sites où l'on retrouve le plus souvent des condylomes sont le pénis, la région péri-anale, l'anus, le scrotum et les aines. • Des lésions peuvent parfois être présentes sur la langue, les lèvres ou le palais. • Les manifestations les moins fréquentes des condylomes comprennent des lésions légèrement surélevées, des lésions papuleuses ou maculaires avec ou sans kératinisation ou une pigmentation brune, grise ou bleuâtre, aussi appelée « papulose bowénoïde ». • Les condylomes peuvent resurgir plusieurs mois ou années après leur disparition, plus particulièrement dans certaines situations (grossesse, état d'immunosuppression, etc.). Il est toutefois difficile de savoir s'il s'agit d'une réactivation du virus ou d'une nouvelle infection. Les condylomes peuvent aussi augmenter de taille durant la grossesse.
Durée de l'infection	La moitié des condylomes seront disparus en quatre mois peu importe le traitement.
Complications	En l'absence de traitement : • papillomatose respiratoire récidivante chez les jeunes enfants et les adultes ; • condylomes géants (tumeur de Buschke-Löwenstein) pouvant, dans de rares cas, devenir invasifs, et survenant surtout chez les personnes immunosupprimées. Réactions psychosexuelles : anxiété, impact sur les activités sexuelles et sur l'image corporelle, état dépressif.
Période d'incubation	De un à huit mois.

Période de contagiosité	Bien qu'aucune donnée ne démontre que le traitement ou la disparition des condylomes réduise la probabilité de transmission ou la durée de la contagiosité, il est possible que ce soit le cas. Les connaissances actuelles ne permettent pas de déterminer si les porteurs asymptomatiques de VPH associé aux condylomes sont aussi contagieux que les personnes présentant des condylomes.
Réservoir	L'être humain.
Épidémiologie	- On a estimé qu'environ 14 000 cas de condylomes pourraient être diagnostiqués annuellement au Québec. - Les condylomes touchent les femmes et les hommes. - L'âge moyen des personnes présentant des condylomes est de 32 ans chez les femmes et de 33 ans chez les hommes.
Modes de transmission	- Contact direct avec les lésions ou avec la peau ou les muqueuses de la région infectée : - dans un contexte sexuel, même s'il n'y a pas de pénétration (le contact peau à peau est suffisant) – la transmission par contact oro-génital est possible, mais n'est pas une voie de transmission significative ; - de la mère infectée à son enfant, surtout – mais pas exclusivement – au moment de l'accouchement. Pour en savoir davantage sur les modes de transmission des condylomes, consulter le document suivant : - l'outil d'aide à la pratique clinique intitulé « Estimation du risque associé aux activités sexuelles » : [http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/48ba712817d5747685257d11005e1999?OpenDocument].
Analyses de biologie médicale	Aucune analyse n'est indiquée à des fins de dépistage des condylomes. Pour les condylomes acuminés visibles, aucune analyse diagnostique n'est indiquée, à moins qu'une autre infection ou une autre maladie ne soit soupçonnée ou que les condylomes ne répondent pas au traitement. Pour obtenir des renseignements complémentaires, se référer aux <i>Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement</i> : [http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/index-fra.php].
MADO	Les condylomes ne sont pas des maladies à déclaration obligatoire (MADO).
Traitement	Aucun traitement n'est requis, mais la plupart du temps, les condylomes sont traités pour des raisons esthétiques. Le traitement est généralement efficace pour faire disparaître les condylomes. Aucun traitement ne permet toutefois d'éradiquer le virus. Il existe trois types de traitements : traitement topique appliqué par le patient ou administré par un professionnel de la santé ou combinaison des deux. Des complications peuvent être associées au traitement des condylomes : réactions cutanées locales, douleurs, lésions ou cicatrices. Pour des précisions sur le traitement, se référer aux documents suivants : - guide sur le traitement pharmacologique des ITSS, INESSS : condylomes (verruques génitales) [http://www.inesss.qc.ca] section « Publications », rubrique « Guides de l'INESSS » ; <i>Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement</i> : [http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/index-fra.php].

Prévention	La disparation des condylomes est associée avec une réponse immunitaire. Cette réponse immunitaire ne protège pas contre une nouvelle infection par un autre génotype du VPH ni contre la réinfection par le même génotype. Plusieurs génotypes de VPH peuvent être présents en même temps dans un condylome. Plusieurs mesures contribuent à réduire le risque de contracter une ITSS. Consulter à ce sujet les chapitres neuf et onze sur le counseling pré et post-test du présent document. • Les mesures suivantes permettent également d'éviter de contracter des condylomes. ○ Immunisation : – Le vaccin quadrivalent (Gardasil) offre une protection contre le VPH de type 6, 11, 16 et 18, il inclut donc les types qui causent la majorité des condylomes. Le vaccin bivalent (Cervarix) offre une protection contre le VPH de type 16 et 18. – Pour les indications ou les recommandations relatives à la vaccination, consulter le PIQ : [http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documenta%20tion/piq/chap10-4-4.pdf] ou l'outil d'aide à la pratique clinique intitulé « Vaccination et ITSS » : [http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/dd2199c7d6cb392e85257d110061dc08?OpenDocument]. • Les mesures suivantes permettent de diminuer le risque de transmission des condylomes d'une personne infectée à une personne non infectée : ○ s'abstenir de toute relation sexuelle tant que le traitement n'est pas terminé et que les condylomes ne sont pas disparus ; ○ utiliser un condom avec tous ses partenaires sexuels, pour tout type de relations sexuelles, qu'elles soient vaginales, anales ou oro-génitales – l'utilisation du condom est essentielle, mais la transmission demeure possible à partir des zones infectées qui ne sont pas couvertes par le condom ; ○ si la personne a eu des relations sexuelles avec un partenaire avant que les condylomes apparaissent, il est assez probable que le partenaire en question soit déjà infecté – l'abstinence ou le port d'un condom seraient donc moins pertinents pour prévenir la transmission des condylomes. • Autre mesure préventive : ○ les personnes qui ont des condylomes devraient en aviser leurs partenaires sexuels actuels et futurs.
-------------------	--

21 Herpès génital

La présente fiche comporte de l'information générale. Pour obtenir des renseignements complémentaires, se référer aux lignes directrices publiées par les organismes reconnus et aux outils d'aide à la pratique clinique, que l'on trouvera sur le site suivant : [<http://www.msss.gouv.qc.ca/itss>], section « Documentation », rubrique « Professionnels de la santé/Outils », page « Intervention préventive relative aux ITSS ».

Définition	Infection virale causée par le virus <i>Herpes simplex</i> (VHS) de type 1 ou 2.
Tableau clinique	Le tableau clinique comprend l'épisode initial, les épisodes récurrents (réactivation d'une infection latente des ganglions sensitifs situés dans la région du sacrum) et des périodes d'excrétion asymptomatique. Il est impossible de différencier l'infection par le VHS-1 et le VHS-2 par la présentation clinique. La plupart des personnes ne présentent pas de signes ni de symptômes caractéristiques. Par conséquent, une majorité de personnes infectées par le VHS l'ignorent. Épisode initial (aucun antécédent de lésions anogénitales herpétiques) Symptômes : • lésions vésiculaires, pustuleuses ou ulcérées douloureuses sur une base érythémateuse, bilatérales et assez diffuses ; et, dans certains cas : • adénopathies inguinales douloureuses ; • symptômes systémiques variables (malaise général, myalgie, fièvre ou céphalée). Épisodes récurrents (antécédent de lésions récidivantes unilatérales habituellement au même site anatomique) Symptômes : • prodrome : symptômes locaux (démangeaisons, brûlure focale, picotements) ou symptômes systémiques légers (malaise général, myalgie, fièvre ou céphalée) précédant de quelques minutes à un ou deux jours l'apparition des lésions - présent chez 50 % des patients ; • lésions vésiculaires, pustuleuses ou ulcérées douloureuses sur une base érythémateuse ; • peu ou pas de symptômes systémiques. Les épisodes récurrents sont fréquents la première année, mais ils ont tendance à s'espacer par la suite. Ils sont plus fréquents avec le VHS-2 qu'avec le VHS-1. Excrétion asymptomatique • Entre les épisodes récurrents, une excrétion virale peut survenir chez les personnes infectées malgré l'absence de signe ou de symptôme.
Durée de l'infection	Une fois contractée, l'infection persiste toute la vie (infection chronique). Durée de l'épisode initial : en absence de traitement, de une à trois semaines, en moyenne. Durée des épisodes récurrents : en absence de traitement, dix jours, en moyenne.

Complications	• Atteinte du système nerveux central : méningite aseptique, dysfonction du système nerveux autonome et myélite transverse. • Lésions extra-génitales pouvant apparaître partout sur le corps, par auto-inoculation (p. ex. : sur les fesses, l'aîne, les cuisses, les doigts ou les yeux). • Infection virale disséminée : lésions mucocutanées disséminées, hépatite, pneumonite, arthrite. • Surinfection fongique ou bactérienne. • Rétention urinaire et infection urinaire bactérienne possible chez la femme. • Infection néonatale : l'herpès néonatal est associé à un taux variable mais significatif de morbidité et de mortalité, allant d'une atteinte mucocutanée isolée à des atteintes disséminées, comme la pneumonie et l'encéphalite. • Réactions psychosexuelles : sentiments dépressifs, isolement, crainte du rejet, crainte que son entourage découvre l'infection.
Période d'incubation	L'épisode initial peut survenir rapidement après que l'infection a été contractée (en moyenne six jours plus tard). Note : lorsque l'infection initiale est asymptomatique ou non décelée, le premier épisode clinique manifeste peut survenir plusieurs semaines, mois ou années plus tard.
Période de contagiosité	Le risque de transmission de l'infection est maximal lorsque des lésions sont présentes ; il est aussi présent durant les périodes d'excrétion asymptomatique.
Réservoir	L'être humain.
Épidémiologie	En Amérique du Nord : • constitue l'une des ITSS les plus fréquentes ; • moins de 20 % des personnes sont infectées par le VHS-2 dans la région génitale. La majorité des personnes nouvellement infectées le sont par des partenaires qui n'ont pas de lésions au moment des contacts ou qui ne savent pas qu'ils ont l'herpès.
Modes de transmission	• Contact direct avec les lésions ou, pendant les périodes d'excrétion asymptomatique, avec la peau ou les muqueuses de la région infectée : ○ dans un contexte sexuel, même s'il n'y a pas de pénétration (le contact peau à peau est suffisant) ; ○ de la mère infectée à son enfant au moment de l'accouchement. • Transmission transplacentaire : de la mère infectée à son fœtus. Notes • La transmission se produit majoritairement durant les périodes d'excrétion asymptomatique du VHS. • La transmission de la mère infectée à son enfant est beaucoup plus fréquente lorsque la mère contracte l'infection pendant sa grossesse que si elle la contracte avant. Pour en savoir davantage sur les modes de transmission du VHS, consulter le document suivant : • l'outil d'aide à la pratique clinique intitulé « Estimation du risque associé aux activités sexuelles » : [http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/48ba712817d5747685257d11005e1999?OpenDocument].

Analyses de biologie médicale	Analyse à des fins de dépistage de l'infection : aucune analyse n'est indiquée. En présence de symptômes, il est essentiel de confirmer le diagnostic d'herpès génital à l'aide d'analyses de laboratoire, compte tenu des implications thérapeutiques et des conséquences psychologiques de ce diagnostic : • analyse d'un prélèvement obtenu par écouvillonnage de la lésion, soit par culture virale ou TAAN, selon ce qui est offert par le laboratoire serveur. En l'absence de lésions au moment de la consultation, on peut demander à la personne de consulter de nouveau dès l'apparition de lésions actives ; • procéder à une sérologie spécifique de type VHS-1 et VHS-2 dans des situations particulières, c'est-à-dire quand le diagnostic d'herpès génital est impossible à établir par un prélèvement sur les lésions. Pour obtenir des renseignements complémentaires, se référer aux <i>Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement</i> : [http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/index-fra.php]. Note : consulter son laboratoire serveur afin de connaître les analyses disponibles dans son milieu et les conditions à respecter pour le prélèvement, la conservation et le transport des spécimens.
MADO	L'herpès génital n'est pas une infection à déclaration obligatoire (MADO).
Traitement	Il n'existe pas de traitement pour éradiquer l'infection. Une thérapie antivirale débutée rapidement après l'apparition des symptômes ou des lésions diminue la durée de l'épisode initial ou des épisodes récurrents. Lorsque les épisodes récurrents sont fréquents, un traitement supprimeur peut, si l'adhésion au traitement est bonne, diminuer la fréquence des récurrences de 70 à 80 % tout en diminuant leur intensité, améliorer la qualité de vie et réduire le risque de transmission du VHS aux partenaires sexuels ou au nouveau-né. Lorsqu'indiqué, le traitement consiste en des comprimés par voie orale. D'autres mesures peuvent être utiles pour soulager les symptômes (analgésiques, laxatifs). Pour des précisions sur le traitement, consulter un collègue expérimenté ou se référer aux documents suivants : • guide sur le traitement pharmacologique des ITSS, INESSS : herpès génital [http://www.inesss.qc.ca] section « Publications », rubrique « Guides de l'INESSS » ; • <i>Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement</i> : [http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/index-fra.php]. Note : l'acyclovir topique ne devrait pas être utilisé, car il a une efficacité marginale contre les symptômes locaux et ne soulage pas les symptômes systémiques.

Prévention	Un antécédent d’herpès buccal ne protège pas d’une infection génitale par le VHS-1 ou le VHS-2. Plusieurs mesures contribuent à réduire le risque de contracter une ITSS. Consulter à ce sujet les chapitres neuf et onze sur le counseling pré et post-test du présent document. Par contre, il n’existe aucun vaccin contre le VHS. • Les mesures suivantes permettent de diminuer le risque de transmission de l’herpès génital d’une personne infectée à une personne non infectée : ○ s’abstenir de toute relation sexuelle dès l’apparition des symptômes prodromiques et jusqu’à la guérison complète des lésions ; ○ utiliser un condom avec tous ses partenaires sexuels, pour tout type de relations sexuelles, qu’elles soient vaginales, anales ou oro-génitales – l’utilisation du condom est essentielle, mais la transmission demeure possible à partir des zones infectées qui ne sont pas couvertes par le condom (p. ex. : cuisses, fesses) ; ○ si cela est indiqué, suivre un traitement antiviral supprimeur quotidien afin de prévenir les lésions récurrentes et l’excrétion asymptomatique : la réduction du risque de transmission est liée à une adhésion optimale au traitement (95% ou plus); ○ informer son médecin en cas de grossesse – grossesse de la personne infectée ou de sa partenaire – ou si sa partenaire planifie une grossesse, afin de discuter du risque d’infection néonatale. • Autre mesure préventive : ○ les personnes qui ont l’herpès génital devraient en aviser leurs partenaires sexuels actuels et futurs.
-------------------	---

Les fiches cliniques sont largement inspirées des ouvrages suivants :

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement*, mises à jour 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>].

BLOUIN, K., et autres. *Rapport intégré : Épidémiologie des infections transmissibles sexuellement et par le sang au Québec*, Québec, Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec, 2012, XXVI + 179 p. + annexe, [En ligne]. [http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1522_RapportIntegreEpidemiolITSSQc.pdf].

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. « Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2010 », *Morbidity and Mortality Weekly Report*, Recommendations and Reports, vol. 59, no RR-12, 17 décembre 2010, 110 p., [En ligne]. [<http://www.cdc.gov/std/treatment/2010/>].

INFOCENTRE DE SANTÉ PUBLIQUE. *Rapport hebdomadaire/annuel des maladies à déclaration obligatoire (MADO) d'origine infectieuse*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, Extraction en date du 15 avril 2014. La source des données est le registre central des MADO, Laboratoire de santé publique du Québec. Mise à jour de l'indicateur le 15 avril 2014.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Rapport du sous-comité Facteurs de risque et infections transmissibles sexuellement et par le sang à rechercher*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, à paraître.

INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX. *Guides sur le traitement pharmacologique des ITSS : Syphilis* [6 p.], *Cervicite mucopurulente, atteinte inflammatoire pelvienne (AIP), urétrite, épididymite/orchi-épididymite* [5 p.], *Herpès génital* [4 p.], *Infection à Chlamydia trachomatis, infection à Neisseria gonorrhoeae* [4 p.], *Condylomes (verruës génitales)* [4 p.], Québec, Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, 2012, [En ligne]. [<http://www.inesss.qc.ca>] section « Publications », rubrique « Guides de l'INESSS ».

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Recommandations pour le dépistage des ITSS du Comité sur les analyses de laboratoire en lien avec les ITSS*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, à paraître.

HOLMES, K.K., et autres. *Sexually Transmitted Diseases*, 4^e édition, New York, McGraw-Hill, 2008, 2166 p.

MANDELL, G.L., et autres. *Principles and Practice of Infectious Diseases*, 7^e édition, Philadelphie: Churchill Livingstone, 2010, p. 3038.

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

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Guide pour la prophylaxie postexposition (PPE) à des liquides biologiques dans le contexte du travail*, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2011, 57 p., [En ligne]. [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2011/11-333-02W.pdf>].

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Guide d'intervention – Les infections transmissibles sexuellement à déclaration obligatoire*, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2014, 339 p., [<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/e405f34686c1b3bc85257cb500494a83?OpenDocument>].

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Protocole d'immunisation du Québec*, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2013, [56] +XXXVII + 486 p., [En ligne]. [<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/6335dde40226af59852575cc0048804d?OpenDocument?>].

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Outils Intervention préventive relative aux infections transmissibles sexuellement et par le sang : Prélèvements et analyses recommandés en fonction de l'infection recherchée chez les personnes asymptomatiques* [5 p.], *Les partenaires sexuels, il faut s'en occuper!* [4 p.], *Vaccination et ITSS* [1 p.], *Renseignements complémentaires* [1 p.], Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2014, [En ligne]. [<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/0eba3f63ac713679852574be006ab5e1?OpenDocument>].

VENNE, S., et autres. *Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec : Année 2012 (et projection 2013)*, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2013, 112 p., [En ligne]. [<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/054fc9b741cb3ab485257c31006d7ffb?OpenDocument>].

Des références spécifiques ont été utilisées pour la plupart des fiches :

- **Infection à *Chlamydia trachomatis***

BATTEIRGER, B. E., et autres. (2010). « Protective Immunity to *Chlamydia trachomatis* Genital Infection: Evidence from Human Studies », *Journal of Infectious Diseases*, vol. 201, suppl. 2, p. S178-S189, [En ligne]. [http://jid.oxfordjournals.org/content/201/Supplement_2/S178.long].

ROTHERAM-BORUS, M. J., et autres. (2011). « Spontaneous remission of sexually transmitted diseases must be considered in randomised controlled trials », *Sexually Transmitted Infections*, vol.87, p. 305, [En ligne]. [<http://sti.bmj.com/content/87/4/305.full>].

- **Syphilis**

FORTIN, C., et autres. *Rapport du sous-comité Épreuves de détection de la syphilis*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2010, 143 p., [En ligne]. [http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1031_RappSousComDetecSyphilis.pdf].

- **Infection par le VIH**

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. *Virus de l'immunodéficience humaine – Guide pour le dépistage et le diagnostic de l'infection par le VIH*, Ottawa, Agence de la santé publique du Canada, 2013, [En ligne]. [<http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/guide/hivstg-vihgdd-fra.php>].

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Programme de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Québec – Cas cumulatifs 2002-2012*. Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2013, 47 p., [En ligne]. [http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1741_ProgSurvInfectionVIHQc_CasCumul2002-2012.pdf].

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Supplément – Dépistage du VIH dans les points de service à l'aide de trousse de dépistage rapide*, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2014, 134 p., [En ligne]. [<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/9243ace3397c0db1852577380043df29?OpenDocument>].

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *La prise en charge et le traitement des personnes co-infectées par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et de l'hépatite C (VHC) – Guide pour les professionnels de la santé du Québec*, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2006, 43 p., [En ligne]. [<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/366c85cc57e16ba885257248006f7258?OpenDocument>].

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *L'examen médical périodique de l'adulte vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) – Guide pour les professionnels de la santé du Québec*, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2014, 129 p., [En ligne]. [<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/83cffa4de98757e985257b9800472713?OpenDocument>].

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Avis intérimaire sur la prophylaxie préexposition au virus de l'immunodéficience humaine*, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2013, 10 p., [En ligne]. [<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/a4ab9c71d10a010a85257ba4006b8bc6?OpenDocument>].

- **Hépatite A**

DESHAIES, D. *Outil d'intervention pour la prévention et le contrôle de l'hépatite A*, Montréal, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2010, mise à jour octobre 2011, 61 p.

FORTIN, C. « Les marqueurs des hépatites virales : au-delà de l'ABC! », *Le médecin du Québec*, vol. 47, n° 4, avril 2012, p. 29 à 34.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Guide d'intervention santé voyage – Situation épidémiologique et recommandations*. Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2012, 496 p., [En ligne]. [http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1441_GuideSanteVoyage.pdf].

LEINO, T., et autres. « Hepatitis associated with hepatitis A superinfection in patients with chronic hepatitis C ». *The New England Journal of Medicine*, 1998, vol. 338, n° 24, p. 1172-1773.

MARTINS, E.B. « Hepatitis associated with hepatitis A superinfection in patients with chronic hepatitis C », *The New England Journal of Medicine*, 1998, vol. 338, n° 24, p. 1172-1773.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Prévention et contrôle des infections dans les services de garde à l'enfance – Guide d'intervention*, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2008, mise à jour 2011, 531 p., [En ligne]. [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-284-01.pdf>].

VENTO, S., et autres. « Fulminant hepatitis associated with hepatitis A virus superinfection in patients with chronic hepatitis C », *The New England Journal of Medicine*, 1998, vol. 338, n° 5, p. 286-290.

VINCENT, C. « Les hépatites aiguës : pour ne pas être pris au dépourvu », *Le médecin du Québec*, vol. 47, n° 4, avril 2012, p. 37-41.

- **Hépatite B**

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. *Soins primaires de l'hépatite B – Aide-mémoire*, Ottawa, Agence de la santé publique du Canada, mars 2013, [En ligne]. [<http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/hep/hbv-vhb/exec-fra.php>].

COFFIN, C.S., FUNG, S.K. et MA, M.M. « Management of chronic hepatitis B: Canadian Association for the Study of the Liver: Consensus Guidelines », *Canadian Journal of Gastroenterology*, vol. 26, n° 12, décembre 2012, p. 917-938., [En ligne]. [<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3551569/pdf/cjg26917.pdf>].

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *La prise en charge et le traitement des personnes co-infectées par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et le virus de l'hépatite B (VHB) – Guide pour les professionnels de la santé du Québec*, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010, 78 p., [En ligne]. [<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/c2ce070edad2dd1d8525786900606073?OpenDocument>].

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Guide d'intervention – L'hépatite B – Janvier 2014 – 2^e édition*, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2014, 64 p., [En ligne]. [<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/b9b6f5e532b8ff9385257c940051ff63?OpenDocument>].

- **Hépatite C**

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. *Soins primaires de l'hépatite C chronique – Guide de référence professionnel*, Ottawa, Agence de la santé publique du Canada, 2009, 6 p.

DE LEDINGHEN, V. « Histoire naturelle de l'infection par le virus de l'hépatite C », *Gastroentérologie clinique et biologique*, 2002, vol. 26, n° spécial 2, p. B9-B22.

LEWIS-XIMENEZ, L.L., et autres. « Prospective follow-up of patients with acute hepatitis C virus infection in Brazil », *Clinical Infectious Diseases*, 2010, vol. 50, n° 9, p. 1222-1230.

SEEFF, L.B. « Natural history of chronic hepatitis C », *Hepatology*, vol. 36, n° 5, suppl. 1, 2002, p.S35-46.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *La prise en charge et le traitement des personnes co-infectées par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et de l'hépatite C (VHC) – Guide pour les professionnels de la santé du Québec*, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2006, 43 p., [En ligne]. [<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/366c85cc57e16ba885257248006f7258?OpenDocument>].

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *La prise en charge et le traitement des personnes infectées par le virus de l'hépatite C – Guide pour les professionnels de la santé du Québec*, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, à paraître.

SANTANTONIO, T., et autres, « Acute hepatitis C : current status and remaining challenges », *Journal of Hepatology*, 2008, vol. 49, n° 4, p.625-633.

SULKOWSKI, M.S. et THOMAS, D.L. « Hepatitis C in the HIV-infected person », *Annals of Internal Medicine*, 2003, vol. 138, n°3, p.197-207.

THOMAS, D.L., et autres. « Perinatal transmission of hepatitis C virus from human immunodeficiency virus type 1-infected mothers. Women and Infants Transmission Study », *Journal of Infectious Diseases*, vol. 177, n° 6, 1998, p. 480-488.

ZANETTI, A.R. et autres. «Mother-to-infant transmission of hepatitis C virus. Lombardy Study Group on Vertical HCV Transmission», *The Lancet*, vol. 345, n° 8945, 1995, p. 289-291.

- **Condylome acuminés**

BLOMBERG, M., et autres. « Genital Warts and risk of cancer: a Danish Study of nearly 50 000 patients with genital Warts », *Journal of Infectious Diseases*, vol. 205, n° 10, 2012, p. 1544-1553.

BLOMBERG, M., et autres. « Genital Warts and risk of cancer: a Danish Study of nearly 50 000 patients with genital Warts », *Journal of Infectious Diseases*, vol. 205, n° 10, 2012, p. 1544-1553.

BURCHELL, A.N., et autres. « Human Papillomavirus Infections Among Couples in New Sexual Relationship », *Epidemiology*, vol. 21, n° 1, 2010, p. 31-37.

BURCHELL, A.N., et autres. « Influence of Partner's Infection Status on Prevalent Human Papillomavirus Among Persons with a New Sex Partner », *Sexually Transmitted Diseases*, vol. 37, n° 1, 2010, p. 34-40.

GARLAND, S.M., et autres. « Natural history of genital warts: analysis of the placebo arm of 2 randomized phase III trials of a quadrivalent human papillomavirus (types 6, 11, 16, and 18) vaccine », *Journal of Infectious Diseases*, vol. 199, n° 6, 2009, p. 805-814.

INSINGA, R.P., et autres. « Incidence, duration, and reappearance of type-specific cervical human papillomavirus infections in young women », *Cancer, Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, vol. 19, n° 6, 2010, p. 1585-1594.

DROLET, M., et autres. « Psychosocial impact of an abnormal cervical smear results », *Psycho-Oncology*, vol. 21, n° 10, 2012, p. 1071-1081.

DROLET, M., et autres. « The impact of anogenital warts on health-related quality of life: a 6 months prospective study », *Sexually Transmitted Diseases*, vol. 38, n° 10, 2011, p. 1071-1081.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *La vaccination contre les VPH au Québec : mise à jour des connaissances et propositions du comité d'experts*. Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2012, 148 p., [En ligne]. [http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1518_VaccVPHQc_MAJConnPropComiteExperts.pdf].

- **Herpès génital**

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Quatrième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec : L'épidémie silencieuse – Les infections transmissibles sexuellement et par le sang*, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010, p. 33, [En ligne]. [<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/961885cb24e4e9fd85256b1e00641a29/b61878f3a23060658525772900418b4e?OpenDocument>].

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec : Année 2008 et projections pour 2009*, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2009, 97 p.

Annexe I – Champs d'exercice des médecins et des infirmières et activités réservées à chacun

Extrait du Code des professions

Chapitre IV

LES ORDRES PROFESSIONNELS

Section III.1

Dispositions particulières à certaines professions

39.4. L'information, la promotion de la santé et la prévention du suicide, de la maladie, des accidents et des problèmes sociaux auprès des individus, des familles et des collectivités font également partie de l'exercice de la profession du membre d'un ordre dans la mesure où elles sont reliées à ses activités professionnelles.

Extrait de la Loi médicale (L.R.Q., c. M-9)

Section VI

Exercice de la médecine

31. L'exercice de la médecine consiste à évaluer et à diagnostiquer toute déficience de la santé, à prévenir et à traiter les maladies dans le but de maintenir la santé ou de la rétablir chez l'être humain en interaction avec son environnement.

Dans le cadre de l'exercice de la médecine, les activités réservées au médecin sont les suivantes :

- 1° diagnostiquer les maladies ;
- 2° prescrire les examens diagnostiques ;
- 3° utiliser les techniques diagnostiques invasives ou présentant des risques de préjudice ;
- 4° déterminer le traitement médical ;
- 5° prescrire les médicaments et les autres substances ;
- 6° prescrire les traitements ;
- 7° utiliser les techniques ou appliquer les traitements, invasifs ou présentant des risques de préjudice, incluant les interventions esthétiques ;
- 8° exercer une surveillance clinique de la condition des personnes malades dont l'état de santé présente des risques ;
- 9° effectuer le suivi de la grossesse et pratiquer les accouchements ;
- 10° décider de l'utilisation des mesures de contention ;
- 11° décider de l'utilisation des mesures d'isolement dans le cadre de l'application de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) et de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris (chapitre S-5).

Extrait de la Loi sur les infirmières et les infirmiers (L.R.Q., c. I-8)

Section VIII

Exercice de la profession

36. L'exercice infirmier consiste à évaluer l'état de santé, à déterminer et à assurer la réalisation du plan de soins et de traitements infirmiers, à prodiguer les soins et les traitements infirmiers et médicaux dans le but de maintenir, de rétablir la santé de l'être humain en interaction avec son environnement et de prévenir la maladie ainsi qu'à fournir les soins palliatifs.

Dans le cadre de l'exercice infirmier, les activités suivantes sont réservées à l'infirmière et à l'infirmier :

- 1° évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique ;
- 2° exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques, incluant le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier ;
- 3° initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques, selon une ordonnance ;
- 4° initier des mesures diagnostiques à des fins de dépistage dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la Loi sur la santé publique (chapitre S2.2) ;
- 5° effectuer des examens et des tests diagnostiques invasifs, selon une ordonnance ;
- 6° effectuer et ajuster les traitements médicaux, selon une ordonnance ;
- 7° déterminer le plan de traitement relié aux plaies et aux altérations de la peau et des téguments et prodiguer les soins et les traitements qui s'y rattachent ;
- 8° appliquer des techniques invasives ;
- 9° contribuer au suivi de la grossesse, à la pratique des accouchements et au suivi postnatal ;
- 10° effectuer le suivi infirmier des personnes présentant des problèmes de santé complexes ;
- 11° administrer et ajuster des médicaments ou d'autres substances, lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance ;
- 12° procéder à la vaccination dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la Loi sur la santé publique ;
- 13° mélanger des substances en vue de compléter la préparation d'un médicament, selon une ordonnance ;
- 14° décider de l'utilisation des mesures de contention ;
- 15° décider de l'utilisation des mesures d'isolement dans le cadre de l'application de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) et de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones (chapitre S-5) ;
- 16° évaluer les troubles mentaux, à l'exception du retard mental, lorsque l'infirmière ou l'infirmier détient une formation de niveau universitaire et une expérience clinique en soins infirmiers psychiatriques déterminées dans le cadre d'un règlement pris en application du paragraphe g de l'article¹⁴ ;
- 17° évaluer un enfant qui n'est pas encore admissible à l'éducation préscolaire et qui présente des indices de retard de développement dans le but de déterminer des services de réadaptation et d'adaptation répondant à ses besoins.

Ces lois peuvent être consultées sur le site Web des Publications du Québec à l'adresse suivante : [<http://www.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/accueil.fr.html>].

**Annexe II – Formation professionnelle pour le dépistage
des ITSS**

Formation théorique

L'INSPQ offre des programmes nationaux de formation sur les ITSS et sur les stratégies d'intervention auprès des populations vulnérables. Des renseignements concernant ces activités de formation sont disponibles sur le site Web de l'INSPQ : [<http://www.inspq.qc.ca/programmes-nationaux-de-formation-sur-les-itss>].

Formation pratique

La formation pratique permettant le développement des habiletés techniques requises pour effectuer les prélèvements en vue du dépistage des ITSS se donne habituellement dans le milieu de travail. Un professionnel de l'établissement habilité à le faire initie l'infirmière à la pratique des interventions appropriées, au moment de son apprentissage dans le service concerné. La formation est alors adaptée aux besoins spécifiques de l'infirmière et aux caractéristiques du milieu de travail. Elle tient compte des exigences du laboratoire serveur en ce qui a trait aux méthodes de prélèvement, de conservation et de transport des échantillons.

L'outil produit par le MSSS, « Ressources – Intervention préventive relative aux ITSS » contient une liste de ressources en matière de développement des compétences des professionnels de la santé. On trouvera ce document sur le site suivant : [<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/2af13ea8bb2b10af85257d110061b708?OpenDocument>].

**Annexe III – Documents de référence pour l'intervention de
dépistage des ITSS**

Documents de référence pour l'intervention de dépistage des ITSS

L'outil produit par le MSSS, « Ressources – Intervention préventive relative aux ITSS », contient une liste de documents de référence, de ressources et de site Internet pour les professionnels. Il contient également une liste de ressources et de site Internet pour le grand public et les personnes atteintes d'une ITSS. On trouvera ce document sur le site suivant : [<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/2af13ea8bb2b10af85257d110061b708?OpenDocument>].

Annexe IV – Exemple de formulaire de collecte de données pour le dépistage des ITSS^{110, 111}

110. Cet exemple de formulaire est une adaptation faite à partir de documents produits par le Groupe de travail pour faciliter l'implantation des SIDEPS, Service de lutte contre les infections transmissibles sexuellement et par le sang, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003.

111. Révision en cours. Le contenu de cette annexe pourrait ne pas refléter la version mise à jour en 2014 des chapitres du *Guide québécois de dépistage des ITSS*. Procéder aux adaptations requises avant d'utiliser cet exemple de formulaire.

Dépistage et prévention des ITSS Nom du Service : PREMIÈRE VISITE		ÉTABLISSEMENT
Nom, prénom		
Adresse actuelle	Téléphone ()	
N° d'assurance maladie :		
Date de naissance (aaaa/mm/jj) : / /		N° de dossier

Modalités de dépistage : ☐ Nominatif ☐ Non nominatif

Date : / /

Nom du professionnel : _____

1. Lieu d'intervention

- ☐ CSSS mission CLSC ☐ École ☐ Milieu de travail ☐ Centre de détention
☐ Local d'un organisme communautaire ou groupe du milieu, précisez : _____
☐ Autre établissement du réseau SSS, précisez : _____
☐ Lieu public, précisez : _____
☐ Autre lieu, spécifiez : _____

2. Données sociodémographiques

2.1 Date de naissance (aaaa/mm/jj) : / / ou âge :

2.2 Sexe : ☐ M ☐ F ☐ Inconnu ☐ Transsexuel F-H ☐ Transsexuel H-F

2.3 Pays de naissance ☐ Canada Cochez si : Premières nations ☐ Inuit ☐ ou Métis ☐
☐ Autre, précisez pays : _____ Année d'arrivée au Canada : _____

3. Raisons de la consultation (Vous pouvez cocher plus d'une case)

☐ Demande d'information

☐ Demande de dépistage

- ☐ VIH
☐ ITS (Infection à *Chlamydia trachomatis*, infection gonococcique ou syphilis)
☐ Hépatite B
☐ Hépatite C

☐ Envoyé par :

- ☐ Autre CSSS ☐ CH
☐ Clinique médicale privée, précisez : _____
☐ Organisme communautaire, précisez : _____

☐ Demande de vaccination

- ☐ Hépatite A
☐ Hépatite B
☐ Autres, précisez : _____

☐ Consultation pour contraception

S'il y a lieu, inscrivez le nom et le titre (médecin, infirmière ou autre) de l'intervenant qui a orienté la personne

☐ Autres raisons de consultation, précisez : _____

4. Signes et symptômes

Présence de signes ou symptômes pouvant suggérer la présence d'une ITSS

- ☐ **Oui** (*orientez pour évaluation médicale*) ☐ **Non** ☐ **Ne sait pas**
- ☐ Pertes vaginales inhabituelles (femme) ou écoulement urétral (homme) (p. ex. infection à *Chlamydia trachomatis*, infection gonococcique)
 - ☐ Lésions aux organes génitaux (p. ex. herpès, condylomes, syphilis)
 - ☐ Éruption cutanée (p. ex. syphilis)
 - ☐ Douleur abdominale ou pelvienne (p. ex. salpingite, inflammation pelvienne chronique, hépatite, grossesse ectopique)
 - ☐ Douleur aux organes génitaux (p. ex. bartholinite, épидидymite, herpès)
 - ☐ Jaunisse (p. ex. hépatite)
 - ☐ Fatigue inhabituelle incapacitante, fièvre, autre symptôme systémique (p. ex. hépatite, infection par le VIH)
 - ☐ Troubles urinaires (p. ex. herpès, infection à *Chlamydia trachomatis*, infection gonococcique)
 - ☐ Troubles menstruels (*spotting*, douleurs inhabituelles, retard, etc.) (p. ex. grossesse ectopique)
 - ☐ Douleurs articulaires inhabituelles (p. ex. arthrite gonococcique, syndrome de Reiter)
 - ☐ Autre(s), précisez : _____

5. Antécédents cliniques

5.1 Prise d'antibiotiques durant le dernier mois

☐ Oui, précisez antibiotique : _____ Date de fin de traitement : (aaaa,mm,jj) ____/____/____

5.2 **Antécédents d'allergie** : ☐ Oui, précisez : _____ ☐ Non ☐ Ne sait pas

5.3 Antécédents de transfusion de sang ou d'administration de produits sanguins :

☐ Oui  Précisez la ou les dates (aaaa/mm si disponible) : (1)____/____ (2)____/____ (3)____/____

Lieu : ☐ Québec ☐ Ailleurs au Canada ☐ À l'extérieur du Canada (précisez pays) : _____

☐ Non ☐ Inconnu

5.4 Grossesse (*explorez la possibilité de grossesse chez la personne ou sa partenaire*)

S'agit-il d'une femme enceinte ? ☐ Oui, *Beta* HCG ⊕ le (aaaa/mm/jj) : ____/____/____ ☐ Non ☐ Ne sait pas

Femme

Date des dernières menstruations (aaaa,mm,jj) ____/____/____

G____P____A____

Moyen contraceptif utilisé

- ☐ Contraceptifs oraux ☐ Stérilet
☐ Méthodes barrières (condoms, diaphragme, etc.)
☐ Autre (précisez) _____
☐ Aucun

Antécédents d'interruption volontaire de grossesse (IVG)

- ☐ Oui : nombre____ date de la dernière (aaaa/mm/jj) ____/____/____
☐ Non ☐ Refus de répondre

Homme

Grossesse actuelle chez une partenaire

- ☐ Oui
☐ Non
☐ Ne sait pas

5.5 **Antécédents d'ITSS** : ☐ **Oui** (cochez laquelle ou lesquelles) ☐ Non ☐ Ne sait pas

- | | | | |
|---|---|---|--|
| ☐ Infection à <i>Chlamydia trachomatis</i> | ☐ Infection par le VPH | ☐ ITS non précisée | ☐ Hépatite C |
| ☐ Infection gonococcique | ☐ Herpès génital | ☐ Hépatite A | ☐ Hépatite non précisée |
| ☐ Syphilis | ☐ Infection par le VIH | ☐ Hépatite B | ☐ Autre_____ |

5.6 Dépistage antérieur et résultat de la dernière analyse				Si connu, date dernier dépistage (an/mois)	Inscrivez le résultat de la dernière analyse		
					Positif	Négatif	Inconnu
Infection à <i>Chlamydia trachomatis</i>	☐ Non	☐ NSP	☐ Oui	____/____	☐	☐	☐
Infection gonococcique	☐ Non	☐ NSP	☐ Oui	____/____	☐	☐	☐
Syphilis	☐ Non	☐ NSP	☐ Oui	____/____	☐	☐	☐
Hépatite B	☐ Non	☐ NSP	☐ Oui	____/____	☐	☐	☐
Hépatite C	☐ Non	☐ NSP	☐ Oui	____/____	☐	☐	☐
Infection par le VIH	☐ Non	☐ NSP	☐ Oui	____/____	☐	☐	☐

5.7 Vaccination antérieure				Nombre de doses	Inscrivez la date de la dernière dose année/mois/jour
Hépatite B	☐ Non	☐ NSP	☐ Oui	____	____/____/____
Hépatite A	☐ Non	☐ NSP	☐ Oui	____	____/____/____
Hépatite A et B	☐ Non	☐ NSP	☐ Oui	____	____/____/____
Autres antécédents d'immunisation (si pertinent, p. ex. au moment de la mise à jour du carnet d'immunisation)					

Commentaires sur les antécédents cliniques, s'il y a lieu

6. Comportements sexuels

6.1 Partenaire(s) sexuel(s) : ☐ homme ☐ femme ☐ homme et femme

6.2 Pratiques sexuelles : ☐ orales ☐ vaginales ☐ anales ☐ autre(s): _____

6.3 Utilisation du condom : ☐ toujours ☐ à l'occasion ☐ jamais Dernière relation non protégée : ____/____/____ (aaaa/mm/jj)

6.4 Nombre de partenaires sexuels : 2 derniers mois ____ dernière année ____ à vie : ☐ < 5 ☐ entre 5 et 10 ☐ > 10

6.5 Information sur les partenaires sexuels récents
 Partenaire sexuel avec ITSS (infection à *Chlamydia trachomatis*, infection gonococcique, syphilis, herpès, condylomes, infection par le VIH, hépatite)
☐ Oui, précisez _____ ☐ Non ☐ Ne sait pas
 Partenaire à risque (UDI, HARSAH, travailleur(euse) du sexe ou client(e), multiples partenaires, partenaires à l'extérieur du Québec)
☐ Oui, précisez _____ ☐ Non ☐ Ne sait pas

6.6 Lien avec la prostitution
 Avoir reçu de l'argent, de la drogue ou des cadeaux en échange de relations sexuelles
☐ Oui ☐ Non ☐ Refus de répondre ☐ Non demandé
 Avoir donné de l'argent, de la drogue ou des cadeaux en échange de relations sexuelles
☐ Oui ☐ Non ☐ Refus de répondre ☐ Non demandé

6.7 Relations sexuelles dans un sauna
☐ Oui ☐ Non ☐ Refus de répondre ☐ Non demandé
 Si oui, précisez la ville où était situé le sauna : _____

6.8 Relations sexuelles avec une personne résidant à l'extérieur du Québec (p. ex. lors d'un voyage, avec un autre touriste ou un résidant ou, au Québec, avec une personne qui ne réside pas au Québec)

☐ Oui ☐ Non ☐ Refus de répondre ☐ Non demandé

Si oui, précisez : Date (année/mois) : ____/____

Lors d'un voyage ? ☐ Oui, précisez le pays/ville _____ ☐ Non

Pays/ville de résidence de cette personne _____

Commentaires sur les comportements sexuels, s'il y a lieu

7. Habitudes de vie liées au risque de transmission d'infections par voie sanguine

7.1 Consommation de drogues au cours de la dernière année

☐ Oui ☐ Non ☐ Refus de répondre ☐ Non demandé

Si oui, précisez : ☐ Marijuana (*pot*), haschich ☐ Cocaïne ☐ Crack
☐ Ecstasy ☐ Stéroïdes ☐ Héroïne
☐ Autres, précisez : _____

Mode de consommation : ☐ Injection ☐ Inhalation ☐ Voie orale ☐ Autre

Partage de matériel de consommation de drogue : ☐ Jamais ☐ Parfois ☐ Régulièrement

7.2 Injection de drogues au cours de la vie, même une seule fois

☐ Oui ☐ Non ☐ Refus de répondre ☐ Non demandé

7.3 Tatouage, perçage

☐ Oui ☐ Non ☐ Refus de répondre ☐ Non demandé

Si oui, précisez : ☐ Dans un salon professionnel
☐ Par des amis/artisanal
☐ En milieu carcéral

7.4 Séjour en milieu carcéral

☐ Oui ☐ Non ☐ Refus de répondre ☐ Non demandé

Commentaires s'il y a lieu : _____

7.5 Exposition accidentelle ou professionnelle au sang ou à un liquide biologique à risque de transmission du VIH, du VHC ou du VHB (*Recherchez exposition, p. ex. au travail*)

☐ Oui ☐ Non ☐ Non demandé

Si oui, précisez les circonstances, le type d'exposition, la date, les mesures préventives, etc.

SOMMAIRE DE L'ÉVALUATION DES FACTEURS DE RISQUE

- ☐ Aucun facteur de risque décelé
 ☐ Risque de transmission sexuelle
 ☐ Risque de transmission sanguine
- ☐ Autre problème décelé (précisez) : _____

ÉVALUATION DU CONTEXTE DE L'INTERVENTION

Estimation du degré d'aisance de la personne : 0 à l'aise 0 mal à l'aise 0 très mal à l'aise

Réseau social, soutien : _____

Autoévaluation de son risque de contracter une ou des ITSS : 0 faible 0 modéré 0 élevé

COMMENTAIRES INCLUANT RÉACTIONS PRÉVISIBLES À UN RÉSULTAT POSITIF**8. Intervention réalisée****8.1 Information donnée sur :**

- ☐ ITSS et leurs modes de transmission
☐ Comportements sexuels sécuritaires
☐ Conseils préventifs UDI (réduction des méfaits)
☐ Counseling prétest
☐ Vaccination
☐ Contraception
☐ Ressources disponibles
☐ Autre : précisez _____

8.2 Matériel de prévention remis

- ☐ Condoms
☐ Matériel d'injection stérile
☐ Information écrite (précisez s'il y a lieu)

☐ Autre (précisez s'il y a lieu)

8.3 Vaccination (Cette section réfère à l'intervention actuelle. Les vaccinations antérieures sont inscrites à la section 5.7)

Statut vaccinal défini à partir des renseignements de la section 5.7

{	Statut vaccinal contre le VHB	☐ Complet	☐ Partiel	☐ Non vacciné
	Statut vaccinal contre le VHA	☐ Complet	☐ Partiel	☐ Non vacciné

		Date (aaaa/mm/jj)	Cons. verbal*	Initiales			Date (aaaa/mm/jj)	Cons. verbal*	Initiales
Hépatite B	☐ 1 ^{re} dose	___/___/___	☐	___	Hépatites A et B	☐ 1 ^{re} dose	___/___/___	☐	___
	☐ 2 ^e dose	___/___/___	☐	___		☐ 2 ^e dose	___/___/___	☐	___
	☐ 3 ^e dose	___/___/___	☐	___		☐ 3 ^e dose	___/___/___	☐	___
	☐ 4 ^e dose	___/___/___	☐	___		☐ 4 ^e dose	___/___/___	☐	___
Hépatite A	☐ 1 ^{re} dose	___/___/___	☐	___	Commentaires				
	☐ 2 ^e dose	___/___/___	☐	___					
Autre(s)		___/___/___	☐	___					

* Cons. verbal : consentement verbal.

8.4 Premiers soins administrés (si pertinent)

☐ Soins de plaie ☐ Conseils d'hygiène ☐ Autres (précisez) _____

8.5 Intervention de contraception (si pertinent)

☐ Conseils

☐ Contraception orale d'urgence (COU) sur ordonnance médicale collective (précisez indications, médicament et dose)

☐ Administration d'un contraceptif injectable sur ordonnance médicale individuelle (précisez nom et dose)

Nom du médecin prescripteur :

☐ Autres

précisez : _____

8.6 Intervention de dépistage

ITSS recherchée	Cons. verbal*	Initiales	Date du prélèvement année, mois, jour	Type d'analyse	Site ou nature du prélèvement
Infection à <i>Chlamydia trachomatis</i>	☐		___/___/___	☐ TAAN ☐ Détection antigénique	☐ Urine ☐ Col ☐ Urètre
Infection gonococcique	☐		___/___/___	☐ Culture ☐ TAAN	☐ Urine ☐ Col ☐ Urètre ☐ Gorge ☐ Anus
Syphilis	☐		___/___/___	☐ Analyse non tréponémique ☐ Analyse tréponémique	☐ Sang
Hépatite B	☐		___/___/___	☐ HbsAg	☐ Sang
Hépatite C	☐		___/___/___	☐ Anti-VHC	☐ Sang
Infection par le VIH	☐		___/___/___	☐ Anti-VIH	☐ Sang

Résultat du dépistage

Résultat : inscrire le résultat pour chaque site de prélèvement s'il y a lieu				Date de réception du résultat année/mois/jour	Résultat transmis*** à la personne - Date année/mois/jour	Initiales
Positif	Négatif	Ind. **	À venir			
☐	☐	☐	☐	___/___/___	☐ ___/___/___	
☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	___/___/___	☐ ___/___/___	
☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐			
Titre : _____	☐	☐	☐	___/___/___	☐ ___/___/___	
☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	___/___/___	☐ ___/___/___	
☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	___/___/___	☐ ___/___/___	
☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐			

* Cons. verbal : consentement verbal

** Ind. : indéterminé

*** Cochez si le résultat a été transmis et inscrivez la date à laquelle le résultat a été transmis ainsi que les initiales de l'intervenant qui a transmis ce résultat.

8.7 Planification d'une visite de suivi

- ☐ **Rendez-vous planifié** Date : ____/____/____ (aaaa/mm/jj) Heure : _____ Professionnel : _____
Endroit : _____

Transmission de résultats dans des circonstances exceptionnelles (Voir guide d'utilisation du formulaire de collecte de données, précisez et justifiez)

- ☐ Résultats négatifs à transmettre par téléphone (*jamais lorsqu'une analyse de dépistage du VIH ou du VHC a été faite et en dernier recours pour les autres types de dépistage*).
Précisez le numéro où appeler (_____) _____ - _____
Période propice (jour semaine/fin semaine/heure) _____
- ☐ Résultats à transmettre à un tiers, à la demande de la personne (*Faites signer l'autorisation.*)
- ☐ Médecin : nom et coordonnées _____
- ☐ Intervenant organisme communautaire. Nom et coordonnées _____
- ☐ Autre, précisez _____
- ☐ Autre modalité de transmission du résultat : _____

8.8 Orientation vers une autre ressource pour suivi ☐ Oui ☐ Aucune orientation formelle ☐ Refus

Si oui, raison :

- ☐ Présence de signes ou symptômes
- ☐ Autre problème décelé : _____

Organisme, professionnel ou personne vers qui le patient a été dirigé (précisez)

- ☐ Clinique médicale privée _____
- ☐ CH _____
- ☐ Autre service du CSSS _____
- ☐ Autre CSSS (préciser CSSS) _____
- ☐ Organisme communautaire _____
- ☐ Ressource spécialisée en toxicomanie _____

N. B. Il est recommandé d'utiliser un formulaire d'*orientation pour suivi médical* ou d'*orientation pour suivi psychosocial* afin de faciliter la continuité des soins. Joindre une copie des rapports d'analyses de biologie médicale au formulaire. Mettre une copie du formulaire rempli au dossier.

Commentaires, s'il y a lieu

Signature : _____

Date : _____

Dépistage et prévention des ITSS Nom du service : VISITE DE SUIVI	ÉTABLISSEMENT
Nom, prénom	
Adresse actuelle Téléphone ()	
N° d'assurance maladie :	
Date de naissance : ____ / ____ / ____ (aaaa/mm/jj)	N° de dossier

Visite de suivi N° _____

Nom du professionnel : _____

Date : _____

Raison(s) du suivi :

- ☐ Résultat de dépistage (*Remplissez la deuxième partie de la section 8.6 du volet « Première visite » du formulaire*)
- ☐ Suivi de vaccination (*Remplissez la section 8.3 du volet « Première visite » du formulaire*)
- ☐ Consultation pour un nouveau dépistage (*Réviser le dossier, mettez à jour les sections 4, 5, 6 et 7 et complétez une nouvelle section 8.6*)
- ☐ Autre : précisez : _____

9. Suivi du dépistage Résultats des analyses à des fins de dépistage (*Voir la section 8.6 du volet « Première visite »*)
9.1 Counseling post-test – Résultat(s) POSITIF(s)

- | | |
|--|---|
| ☐ Explications sur la signification des résultats incluant les limites des analyses | ☐ Révision des facteurs de risque (<i>voir sections 6 et 7 du volet « Première visite » du formulaire</i>) |
| ☐ Information sur la ou les infection(s) détectée(s) | ☐ Conseils préventifs adaptés aux facteurs de risque décelés |
| ☐ Sensibilisation à l'importance de l'examen médical | |

Intervention d'hémovigilance (cas d'infection par le VIH, hépatite C et syphilis infectieuse)

- ☐ Recherchez des antécédents de don/réception de sang, tissus ou organe (*voir guide pour détails*)
- ☐ Avertissez de s'abstenir de tout don de sang, de tissus et d'organes

Dans le cas des ITS bactériennes pouvant être traitées par antibiotiques

- ☐ Sensibilisation à l'importance de la fidélité au traitement
- ☐ Sensibilisation à l'importance d'éviter les relations sexuelles ou d'avoir des relations protégées jusqu'à sept jours après la prise d'une dose unique ou jusqu'à la fin d'un traitement de sept jours et plus.

Intervention préventive auprès des partenaires (IPP) (*voir Programme québécois*)

- ☐ Sensibilisation à l'importance de la démarche pour lui-même et ses partenaires
- ☐ Présentation des différentes options de soutien possible
- ☐ Offre de soutien pour l'intervention préventive auprès des partenaires (IPP) : ☐ Accepte ☐ Refuse ☐ Non offerte
- ☐ Orientation vers le service régional IPP : ☐ Accepte ☐ Refuse ☐ Non offerte

9.2 Counseling post-test – Résultat(s) NÉGATIF(s) :

- ☐ Explication de la signification des résultats
- ☐ Révision des facteurs de risque (voir sections 6 et 7 du volet « Première visite » du formulaire)
- ☐ Conseils préventifs adaptés aux facteurs de risque décelés
- ☐ Évaluation de la possibilité de résultat faussement négatif (période fenêtre) et de la pertinence d'effectuer un dépistage ultérieur : ☐ Recommandé ☐ Non recommandé

10. Orientation vers une autre ressource pour suivi ☐ Oui ☐ Aucune orientation formelle ☐ Refus

Si oui, raison :

- ☐ Résultat d'analyse positif
- ☐ Présence de signes ou symptômes
- ☐ Autre problème décelé : _____

Organisme, professionnel ou autre intervenant vers qui la personne a été dirigée (*Précisez*)

- ☐ Clinique médicale privée
- ☐ CH
- ☐ Autre service du CSSS
- ☐ Autre CSSS (préciser CSSS)
- ☐ Organisme communautaire
- ☐ Ressource spécialisée en toxicomanie

N. B. Il est recommandé d'utiliser un formulaire d'*orientation pour suivi médical* ou *pour suivi psychosocial* afin de faciliter la continuité des soins. Joindre une copie des rapports d'analyse de biologie médicale au formulaire. Mettre une copie du formulaire rempli au dossier.

Commentaires sur la visite de suivi

Signature: _____

Date : _____

Annexe V – Guide d'utilisation du formulaire de collecte de données pour le dépistage des ITSS^{112, 113}

112. Ce guide est une adaptation faite à partir de documents produits par le Groupe de travail pour faciliter l'implantation des SIDEPS, Service de lutte contre les infections transmissibles sexuellement et par le sang, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003.

113. Révision en cours. Le contenu de cette annexe pourrait ne pas refléter la version mise à jour en 2014 des chapitres du *Guide québécois de dépistage des ITSS*. Procéder aux adaptations requises avant de se servir de ce guide d'utilisation.

Le formulaire de collecte de données proposé a pour but d'aider le professionnel de la santé dans la collecte d'information permettant d'établir la nature de la demande de la personne qui consulte, de déceler ses facteurs de risque de contracter une ITSS et de planifier ou de réaliser une ou plusieurs interventions de prévention individualisées.

Le volet « Première visite » sera rempli, naturellement, surtout à la première visite. Il pourra être mis à jour à l'occasion d'un suivi, mais le volet « Visite de suivi » est spécifiquement conçu à cette fin.

Cet outil propose une démarche de qualité permettant d'évaluer les antécédents cliniques, de rechercher l'ensemble des facteurs de risque et de consigner les interventions réalisées. Bien qu'il n'ajoute aucun élément à la collecte de données qui est attendue pour ce type d'intervention, il est possible que le professionnel ait à se familiariser avec cet outil avant d'être en mesure de l'utiliser d'une façon efficace. La démarche systématique proposée pourrait être perçue comme un irritant par le professionnel habitué de procéder d'une façon plus intuitive ou moins structurée. L'important est de s'assurer que tous les aspects soient couverts et ce formulaire présente l'ensemble des renseignements à rechercher.

Première visite

Identification de la personne

Dans les cas où il n'y a pas d'ouverture de dossier d'établissement parce que l'intervention est faite sur une base anonyme, dans le cadre des activités d'un SIDEp, le professionnel est invité à utiliser le formulaire conçu spécialement à cette fin par le Groupe de travail pour faciliter l'implantation des SIDEp.

Modalités de dépistage

Inscrivez la modalité retenue pour l'intervention à l'endroit indiqué sur la première page. Il faut aider la personne qui consulte dans le choix de la modalité en présentant les différentes options disponibles : nominative, non nominative et anonyme. Soulignez les mesures prises pour assurer la confidentialité dans chacune des options. Expliquez les limites de l'anonymat quant aux autres services : vaccination et suivi clinique.

N. B. L'anonymat constitue essentiellement une option pour la personne qui préférerait s'abstenir d'un dépistage si l'anonymat n'était pas offert. Cette option n'est disponible que dans le cadre des SIDEp (consultez votre DSP).

Ce formulaire devrait être utilisé de la même façon que tout questionnaire ou formulaire pouvant contribuer à l'évaluation de la situation de la personne et à l'intervention. Il devrait être conservé au dossier habituel de la personne si elle a déjà un dossier dans l'établissement ou si un tel dossier est constitué de la façon habituelle. Les mesures de confidentialité qui s'appliquent au dossier d'établissement s'appliquent ici. Toutefois, certaines personnes peuvent réclamer des mesures

additionnelles de confidentialité. Il faut, avant tout, les informer adéquatement des mesures de confidentialité qui prévalent au sujet des renseignements versés au dossier régulier d'établissement. Si certaines personnes refusent de recevoir des services préventifs dans ces conditions, certains services (counseling, dépistage) peuvent être fournis de façon non nominative ou anonyme¹¹⁴.

Inscrivez le **numéro de dossier** à l'endroit indiqué à chacune des pages, surtout si l'intervention est réalisée en dehors de l'établissement et si le formulaire doit être transporté d'un endroit à l'autre. Vous éviterez ainsi de vous retrouver avec une page non identifiée et de ne pouvoir la relier à aucun dossier. Dans les cas où la modalité de dépistage retenue est nominative ou non nominative, le numéro de dossier est le numéro de dossier d'établissement.

1 Lieu d'intervention

Cochez et précisez le lieu où vous avez réalisé l'intervention lors de l'ouverture du dossier. L'un des objectifs des SIDEPS est de rejoindre les personnes vulnérables dans leur milieu de vie. Ainsi, il est possible que plusieurs interventions soient réalisées hors établissement. L'information sur le lieu d'intervention permettra de décrire un aspect des efforts consentis par ces services de prévention et de dépistage pour rejoindre les personnes vulnérables.

2 Données sociodémographiques

2.1 Date de naissance

Inscrivez la date de naissance au complet. Bien que la date de naissance soit indiquée dans la section « identification » du formulaire, il est demandé d'inscrire la date de naissance (au complet) à cette section. Cette information permettra de documenter l'âge des personnes auprès desquelles l'intervention est réalisée.

2.2 Sexe

Il n'est pas pertinent de rechercher systématiquement l'information permettant de déterminer si une personne est transsexuelle. Toutefois, si cette information est obtenue spontanément, il est possible de l'inscrire au dossier. Par exemple, cette information peut être utile dans le contexte où un prélèvement au niveau des organes génitaux est indiqué. Les définitions proposées ici sont les mêmes que celles qui sont utilisées dans le questionnaire de surveillance de l'infection par le VIH au Québec.

- Transsexuel F-H : information disponible selon laquelle il s'agit d'une personne dont le sexe original (chromosomique/biologique) est féminin et qui a complété les étapes de transformation afin de devenir un homme (traitement hormonal ET chirurgie de redéfinition de sexe).
- Transsexuel H-F : information disponible selon laquelle il s'agit d'une personne dont le sexe original (chromosomique/biologique) est masculin et qui a complété les étapes de transformation afin de devenir une femme (traitement hormonal ET chirurgie de redéfinition de sexe).

114. Pour plus de précisions, voir la section 5.4 du *Guide québécois de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang*.

Si l'entretien ne vous permet pas d'obtenir des précisions sur le sexe cochez « inconnu ».

2.3 Pays de naissance

L'origine ethnoculturelle peut être un facteur de risque pour les ITSS. Par exemple, il est connu que les personnes originaires d'Asie sont plus souvent infectées par les hépatites virales. La prévalence de certaines ITSS est très élevée dans certains pays, par exemple des pays d'Afrique, des Antilles ou d'Asie. Les personnes originaires de ces pays, surtout si elles sont récemment arrivées au Canada, sont plus susceptibles d'être infectées. C'est pourquoi, lorsque la personne n'est pas née au Canada, il est pertinent de rechercher l'information sur son pays de naissance et la date de son arrivée au Canada. Pour les personnes nées au Canada, il est pertinent de préciser si elles appartiennent au groupe des Premières nations, des Inuits ou des Métis. En effet, la prévalence des ITS comme l'infection à *Chlamydia trachomatis* et l'infection gonococcique semble particulièrement élevée au sein de ces populations.

3 Raisons de la consultation à la première visite

Inscrivez le ou les besoins exprimés par la personne lorsqu'elle se présente. Vous pouvez cocher plusieurs réponses. Il s'agit bien ici de la demande de la personne et non pas de l'évaluation de ses besoins faite par le professionnel, ce qui sera précisé plus loin.

Envoyé par :

Indiquez le nom de la clinique ou de l'organisme communautaire, le cas échéant. Si vous le jugez pertinent, vous pouvez ajouter le nom et le titre de l'intervenant qui a dirigé cette personne vers le service de dépistage. Cela peut être utile pour effectuer un suivi auprès des partenaires qui dirigent des personnes vers l'établissement.

4 Signes et symptômes

La présence de symptômes nécessite habituellement une évaluation médicale pour l'établissement d'un diagnostic, ce qui est un acte réservé à l'exercice de la médecine. Rappelons ici que l'acte infirmier de « dépistage » est réalisé auprès de personnes asymptomatiques. Chaque symptôme peut être un indice de maladie (quelques exemples sont donnés entre parenthèses). Toutefois, il serait inapproprié de poser un diagnostic quelconque sur la seule base des symptômes rapportés par la personne. Une personne qui présente des symptômes devra être dirigée vers un médecin pour un examen médical. Les mêmes considérations s'appliquent lorsque des signes cliniques, p. ex. : une lésion aux organes génitaux, indiquent la présence possible d'une infection. Seule une évaluation médicale permettra de poser le diagnostic. Voir l'algorithme I à la section 1.2 du *Guide québécois de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang*.

5 Antécédents cliniques

Les antécédents cliniques aideront à découvrir la présence de facteurs de vulnérabilité (p. ex. : grossesse ou IVG à répétition), à déceler la présence de certains facteurs de risque (p. ex. : antécédents d'ITSS) et à planifier les interventions requises (p. ex. : vaccination).

Prise d'antibiotiques récemment

À documenter car ceci pourrait influencer l'interprétation des résultats.

5.2 Antécédents d'allergie

Cette information sera utile dans l'éventualité où un vaccin ou un médicament devra être administré.

5.3 Antécédents de transfusion de sang ou d'administration de produits sanguins

On fait ici référence à la réception de sang ou de produits sanguins (sang, sang total, concentré de globules rouges, plaquettes, plasma congelé, plasma frais congelé, cryoprécipités et globules blancs ou autres produits sanguins tels que facteurs de coagulation et immunoglobulines I.V.). La réception de sang ou de produits sanguins pouvait représenter un risque de contracter le VIH (avant 1985) ou du VHC (surtout avant 1990). Il faut toutefois noter que, si ces produits ont été administrés dans des pays en voie de développement, le risque est plus élevé même après 1985 ou 1990. Certaines personnes peuvent avoir reçu plusieurs transfusions, c'est pourquoi un espace est prévu pour inscrire les dates de trois transfusions. Si le nombre de transfusions est plus élevé, on pourra inscrire les autres sur une page ajoutée en annexe.

5.4 Grossesse

La grossesse est un facteur de vulnérabilité reconnu. Dans certains cas, la présence d'une ITSS chez une femme enceinte peut influencer le déroulement de sa grossesse et impliquer un risque de transmission de l'infection au nouveau-né. Le dépistage de l'infection à *Chlamydia trachomatis*, de l'infection gonococcique, de la syphilis, de l'hépatite B et de l'infection par le VIH fait partie du bilan prénatal de toutes les femmes enceintes et il doit être offert systématiquement à toutes les femmes enceintes avec le counseling prétest approprié. Par ailleurs, si on note une nouvelle exposition ou la persistance d'un comportement à risque pendant la grossesse, il est indiqué de répéter le dépistage de ces infections. Il sera donc essentiel, avec le consentement de la personne, d'établir un lien avec le médecin qui assure le suivi médical de la femme enceinte. La grossesse exige une vigilance accrue, par exemple au moment de l'intervention auprès des partenaires. Il est important aussi d'évaluer la possibilité d'un début de grossesse non connue par la personne et les questions sur la contraception visent à explorer cette éventualité.

5.5 Antécédents d'ITSS

Selon plusieurs études, un antécédent d'ITSS est un des facteurs de risque associés à la présence d'une ITSS. La survenue d'ITSS à répétition chez une personne peut révéler une faiblesse en matière de d'intervention préventive. Elle peut aussi permettre de détecter les réseaux sociaux et sexuels, les *core groups* ou « noyaux de transmetteurs » auprès desquels des actions spécifiques et adaptées pourraient être réalisées.

N. B. L'infection par le VPH (infection par le virus du papillome humain) peut se manifester par des condylomes (verrues génitales) ou par une infection du col de l'utérus habituellement détectée de façon indirecte par la cytologie effectuée pour le dépistage du cancer du col.

5.6 Dépistage antérieur

Les données sur le dépistage effectué précédemment complètent les renseignements relatifs aux antécédents d'ITSS. Le délai écoulé entre le dernier dépistage et cette consultation donne des indications sur la prise en charge par la personne de sa santé sexuelle. Le degré de précision de la date (année et mois) sera fonction de l'information disponible.

5.7 Vaccination antérieure

En complément de l'analyse des facteurs de risque, cette information permettra de déterminer le besoin en matière d'immunisation contre les hépatites A et B. Le niveau de précision de la date (année, mois, jour) sera fonction de l'information disponible.

Commentaires sur les antécédents cliniques

Des renseignements additionnels peuvent être inscrits dans cette section.

6 Comportements sexuels

Les renseignements sur les comportements sexuels permettent de déceler les facteurs de risque et d'orienter l'intervention : personne appartenant à un groupe visé par l'immunisation contre les hépatites A et B? Quelles analyses à des fins de dépistage seront indiquées? Cela permettra aussi de déterminer les éléments à aborder ou à approfondir dans le counseling préventif.

6.1 Partenaire(s) sexuel(s)

Il est important d'obtenir l'information sur l'orientation sexuelle de façon objective et sans jugement. C'est pourquoi il est préférable de s'informer du sexe des partenaires plutôt que sur l'orientation sexuelle.

6.2 Pratiques sexuelles¹¹⁵

Plusieurs personnes qui ont des relations orales ne se définissent pas comme « actives sexuellement ».

Les relations anales comportent un risque accru de transmission sexuelle des infections. Il est donc nécessaire d'obtenir l'information sur le type de pratiques sexuelles.

- Rapports avec pénétration anale : risque faible (avec condom) à très élevé (sans condom).
- Rapports avec pénétration vaginale : risque faible (avec condom) à élevé (sans condom).
- Rapports bucco-génitaux : sans condom, risque élevé pour l'infection gonococcique, la syphilis et l'hépatite B, et risque faible pour le VIH ; risque négligeable avec condom ou digue dentaire.
- Autres activités (notamment utilisation d'objets sexuels) : aucun risque si non-partage, risque négligeable avec utilisation du condom.

6.3 Utilisation du condom

L'utilisation RÉGULIÈRE (constante) du condom est un bon moyen de réduire le risque de contracter une ITS. On entend par « dernière relation non protégée » la dernière relation sans utilisation de condom ou avec une utilisation inadéquate (rupture, glissement ou autre) du condom.

115. Pour plus de détails sur le niveau de risque des pratiques sexuelles, on peut consulter le document *La transmission du VIH : guide d'évaluation du risque*, 2004, disponible sur le site Internet de la Société canadienne du sida [<http://www.cdnaids.ca>].

6.4 Nombre de partenaires sexuels

Le nombre de partenaires sexuels fournit un indice du niveau de risque. Par ailleurs, le nombre de partenaires au cours des deux derniers mois permettra de circonscrire le nombre de partenaires à aviser dans les cas d'infection à incubation relativement courte comme l'infection à *Chlamydia trachomatis* et l'infection gonococcique. Pour certaines infections dont l'incubation peut être plus longue, le nombre de partenaires au cours de la dernière année sera utile (p. ex. : syphilis latente précoce). Il faut rappeler qu'un nouveau partenaire est un facteur de risque de transmission sexuelle.

6.5 Information sur les partenaires sexuels

Le terme « récent » correspond à la période d'incubation moyenne des infections recherchées, par exemple deux mois pour l'infection génitale à *Chlamydia trachomatis* ou l'infection gonococcique, trois mois pour la syphilis primaire, six mois pour la syphilis secondaire et un an pour la syphilis latente précoce.

Cette information vise à compléter l'évaluation des facteurs de risque, particulièrement pour les personnes qui ne rapportent elles-mêmes aucun facteur de risque. Cette information contribue à une meilleure perception du réseau social et sexuel dans lequel la personne évolue. Il s'agit, bien sûr, d'une question subjective à caractère exploratoire puisque l'information fournie par la personne est essentiellement basée sur sa propre perception des facteurs de risque d'autres personnes. On entend par « UDI » une personne qui utilise ou a déjà utilisé des drogues par injection à des fins non thérapeutiques. On entend par « HARSAH » les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes.

Pour ce qui est des antécédents d'hépatite chez le partenaire on peut rechercher de l'information relative à un diagnostic spécifique comme l'hépatite B ou l'hépatite C, mais il est aussi possible de rechercher des renseignements moins spécifiques comme « hépatite virale », « infection du foie » ou « jaunisse ». Toutefois, dans ces derniers cas, l'information est moins valable car il peut aussi s'agir d'hépatites non reliées aux ITSS (p. ex. : mononucléose, hépatite alcoolique, hépatite médicamenteuse, etc.).

6.6 Lien avec la prostitution

Les travailleurs et travailleuses du sexe et leurs clients constituent une clientèle au sein de laquelle la prévalence des ITSS est plus élevée que dans la population en général. Les personnes qui sont liées au « milieu de la prostitution » ne reconnaissent pas nécessairement ce lien. La prostitution ne correspond pas toujours au concept classique d'une prostituée qui sollicite des clients dans la rue et reçoit de l'argent en échange de services sexuels. C'est pourquoi les questions portent plutôt sur le fait d'avoir reçu ou donné de l'argent, des drogues ou des cadeaux en échange de relations sexuelles.

6.7 Relations sexuelles dans un sauna

Dans quelques grandes villes des États-Unis et du Canada, on observe une augmentation de l'incidence de l'infection gonococcique et de la syphilis infectieuse chez les HARSAH. Certaines personnes fréquentent les saunas dans un but d'avoir des relations sexuelles anonymes, sans nécessairement se protéger contre les ITSS. Cela crée un contexte propice à leur transmission.

6.8 Relations sexuelles avec une personne résidant à l'extérieur du Québec

L'objectif de ces questions est de déceler les cas où la source de l'infection est probablement une personne de l'extérieur du Québec. Cette information est importante car elle peut, d'une part, constituer une alerte quant à une possible résistance de la souche d'une infection gonococcique (la résistance est plus fréquente dans certains pays) et, d'autre part, renseigner sur l'ampleur de la transmission « de souches non locales ». Cela permet aussi d'établir la « mobilité des éclosions » dans les grandes villes de l'Amérique du Nord.

La transmission de « souches non locales » peut se faire de plusieurs façons. Par exemple, une personne voyage et a des relations sexuelles avec une ou des personnes non québécoises ; une personne ne voyage pas elle-même mais a une relation sexuelle avec une personne non québécoise qui voyage au Québec. Les questions sont donc conçues pour évaluer les deux situations, soit l'exposition lors d'un voyage du cas-index et l'exposition sur place par l'intermédiaire d'une personne qui réside à l'extérieur du Québec. Cette information sera aussi utile dans une démarche d'intervention préventive auprès du cas-index (conseils sur la prévention en voyage) et éventuellement, lorsque c'est possible, auprès des partenaires (p. ex. : transfert hors province).

L'information à recueillir est relativement complexe. Voici une façon de procéder par questions successives simples :

- a) Êtes-vous allé en voyage à l'extérieur du Québec durant la dernière année? ____ Si oui, passez à b), sinon passez à c).
- b) Où êtes-vous allé? ____ Quand? ____ Avez-vous eu, à cette occasion, des relations sexuelles avec une ou des personnes qui résident à l'extérieur du Québec? ____ (*En effet, une personne peut avoir eu une relation sexuelle avec un autre touriste du Québec et cela n'a pas la même signification.*) Si la réponse est OUI, inscrivez-la à la question 6.8, puis ajoutez la question suivante : Dans quel(s) pays/ville réside(nt) cette ou ces personnes? ____
- c) Au Québec, avez-vous eu un ou des partenaires qui résident habituellement à l'extérieur du Québec? ____ Si oui, dans quel pays/ville réside(nt) cette ou ces personnes? ____ Quand a eu lieu le dernier contact sexuel avec chacune de ces personnes? ____

Commentaires sur les comportements sexuels

Ajoutez les détails pertinents, p. ex. : au sujet de l'utilisation du condom, des pratiques sexuelles, des partenaires, etc.

7 Habitudes de vie liées au risque de transmission par voie sanguine

Il s'agit ici essentiellement de documenter les facteurs de risque de transmission du VHB, du VHC et du VIH, par voie sanguine autre qu'une transfusion. Si le partage d'aiguilles est reconnu depuis longtemps comme facteur de risque (VIH, VHC et VHB), il est de plus en plus question du risque possible de transmission de l'hépatite C par le partage d'autres types de matériel utilisé pour l'injection et même par le partage de pailles pour l'inhalation.

7.1 Consommation de drogues au cours de la dernière année

La consommation de « drogues douces » comme la marijuana ou haschich n'est pas un facteur de risque en soi, mais ces substances, comme l'alcool, peuvent altérer le jugement et la vigilance et ainsi contribuer à la prise de risques. Ces éléments devront donc être pris en compte dans le counseling auprès des personnes qui en consomment.

7.2 Injection de drogues au cours de la vie, même une seule fois

L'injection de drogue, même une seule fois, même il y a très longtemps, est une indication de dépistage du VHC.

7.3 Tatouage et perçage

Le tatouage et le perçage peuvent comporter un risque dans la mesure où le matériel utilisé est susceptible d'avoir été contaminé. C'est pourquoi il est important de documenter les circonstances dans lesquelles la procédure a été effectuée. Plusieurs salons professionnels appliquent des mesures préventives adéquates, mais on ne peut affirmer que tous le font. Pour plus d'information, on peut consulter les brochures produites par le MSSS à ce sujet.

7.4 Séjour en milieu carcéral

Le séjour en milieu carcéral en lui-même n'est pas un facteur de risque de contracter une ITSS. Toutefois, ce milieu est souvent lié ou propice à des habitudes de vie ou des comportements sexuels à risque. Il est généralement reconnu que la prévalence des ITSS est plus élevée en milieu carcéral que dans la population en général. À la section commentaires, inscrivez les éléments permettant d'évaluer le niveau de risque, p. ex. un séjour prolongé.

7.5 Exposition accidentelle ou professionnelle au sang ou à un liquide biologique à risque de transmission du VIH, du VHC ou du VHB

Il est important de noter toute l'information disponible. Référez-vous aux lignes directrices ou protocoles en vigueur pour obtenir des précisions sur la définition d'une exposition significative, les liquides biologiques à risque et l'intervention appropriée ou la ressource vers laquelle la personne doit être dirigée.

SOMMAIRE DE L'ÉVALUATION DES FACTEURS DE RISQUE

Cette section vise à permettre d'analyser et de synthétiser les renseignements recueillis dans les sections précédentes.

Évaluation du contexte de l'intervention

Dans une perspective d'approche globale de la personne, cette partie du questionnaire permet de situer la personne par rapport à son niveau de compréhension et à sa capacité de prendre en charge sa santé et d'adopter des comportements sécuritaires. Ces données doivent être le plus objectives possible afin d'adapter les interventions selon les besoins de la personne ou d'orienter la personne vers des ressources adéquates, si nécessaire.

- **Estimation du degré d'aisance**

Évaluez la facilité de la personne à répondre aux questions (p. ex. : gêne, difficulté à s'exprimer, refus de divulguer des comportements à risque, personne judiciarisée, etc.). Notez les particularités dans la section « Commentaires » au besoin. Explorez la présence de troubles de santé mentale, d'idées suicidaires, de déficience intellectuelle ou de non-collaboration et inscrivez l'information pertinente dans la section « Commentaires ».

- **Réseau social, soutien**

Notez s'il y a présence de personnes significatives pour la personne dans son entourage immédiat ou par l'intermédiaire d'un organisme communautaire, par exemple. Décrivez brièvement. Au besoin, précisez la situation de vie : itinérance, vit seul, vit en couple, vit chez ses parents, en institution, colocataire, en visite, etc.

- **Autoévaluation de son risque de contracter une ou des ITSS**

Comment la personne perçoit-elle son risque de contracter une ou des ITSS selon son comportement, ses activités sexuelles, ses partenaires au cours des derniers mois et à vie? Quel est son niveau de connaissance des modes de transmission de ces infections?

Commentaires

Dans la section « Commentaires », notez toute particularité pouvant être utile pour le suivi du dépistage par d'autres intervenants :

- état de la personne au moment de l'entrevue : état d'ébriété ou d'intoxication, en situation de crise, état de santé précaire, etc., qui pourrait avoir des incidences sur la validité des réponses données et sur la capacité de la personne de participer à un suivi ;
- réaction prévisible à l'annonce éventuelle d'un résultat positif ;
- impossibilité pour la personne de consentir à l'intervention ;
- conditions non propices à l'intervention.

8 Intervention réalisée

8.1 Information donnée sur :

Cochez la nature de l'information transmise verbalement. Au moment d'une visite de suivi, cela permettra de savoir quels renseignements la personne a reçus lors de la consultation précédente et de vérifier si elle a reçu l'information requise pour donner un consentement éclairé à l'intervention proposée.

8.2 Matériel de prévention remis

Indiquez tout le matériel remis à la personne : document, condoms ou matériel d'injection (seringues stériles, eau stérile, trousse spéciale pour UDI, etc.). À une visite ultérieure, cela permettra de savoir quels documents ont été remis à la personne au cours de la consultation précédente et de vérifier si elle a reçu l'information requise pour donner un consentement éclairé à l'intervention proposée.

8.3 Vaccination

À partir du nombre de doses reçues, comme noté à la section 5.7 du formulaire, précisez le statut vaccinal. Le Protocole d'immunisation du Québec (PIQ) spécifie les critères permettant de déterminer le statut vaccinal. Vérifiez si la personne a déjà manifesté une réaction à une vaccination antérieure. Demandez le carnet de vaccination si disponible. Il faut se référer au PIQ pour toute interrogation avant de procéder à une vaccination. Informez la personne sur le type de vaccin administré et sur les effets secondaires possibles. Remettez-lui la documentation écrite disponible dans le PIQ : *Renseignements aux usagers*. Obtenez le consentement verbal et apposez vos initiales à chacune des doses données. Inscrivez dans la section « Autres » les vaccins administrés à l'occasion d'une mise à jour du calendrier vaccinal ou toute autre vaccination nécessaire.

N. B. Le nom du vaccin et le numéro de lot sont habituellement notés sur la fiche de vaccination.

8.4 Premiers soins administrés

Notez les soins donnés tels que désinfection de plaies, mise en place ou renouvellement d'un pansement, prise de signes vitaux, intervention d'urgence à la suite d'une réaction vaccinale, etc., à l'occasion d'une consultation dans le milieu de vie ou ailleurs. Dirigez la personne vers un médecin s'il y a présence de symptômes.

8.5 Intervention de contraception

Dans une approche voulant répondre le mieux possible aux besoins de la personne, des interventions de contraception peuvent être réalisées à l'occasion d'une intervention de dépistage. La contraception orale d'urgence peut être offerte selon l'ordonnance collective, de même qu'un contraceptif injectable peut être administré sur ordonnance médicale. Indiquez tout autre type d'intervention de contraception offert.

8.6 Intervention de dépistage

La partie gauche du tableau sert à colliger tous les renseignements relatifs à l'intervention de dépistage réalisée. Un consentement verbal est suffisant, mais il doit être spécifique pour chacune des analyses effectuées. Le professionnel ayant effectué le prélèvement et obtenu le consentement doit apposer ses initiales. Le type d'analyse demandé¹¹⁶ doit être indiqué de la façon la plus précise possible, de même que le ou les sites ou la nature des prélèvements. La partie droite porte sur les résultats du dépistage et est disposée de façon à permettre une vision d'ensemble de l'intervention de dépistage, incluant la transmission des résultats.

116. Pour la syphilis, les analyses non tréponémiques sont le VDRL, le TRUST ou le RPR. Les analyses tréponémiques (TP-PA, FTA-ABS) sont des analyses de confirmation effectuées lorsqu'une analyse non tréponémique est positive.

8.7 Planification d'une visite de suivi

Tout résultat de dépistage devrait être communiqué à l'occasion d'une visite de suivi, même si le résultat est négatif. En effet, un résultat négatif peut conduire à un sentiment de fausse sécurité et favoriser la prise de risque ; le counseling post-test est alors important pour relativiser la signification d'un résultat négatif et rappeler l'importance d'adopter et de maintenir des comportements plus sécuritaires. De façon exceptionnelle, certains résultats négatifs pourraient être transmis par téléphone. Toutefois, il est recommandé de ne jamais transmettre par téléphone des résultats (positifs ou négatifs) de dépistage de l'hépatite C ou de l'infection par le VIH.

Dans l'éventualité où le professionnel craindrait que la personne ne se présente pas à sa visite de suivi, il pourrait s'entendre avec elle pour qu'un travailleur de rue puisse la contacter pour lui rappeler qu'elle doit se présenter pour une visite de suivi.

Résultats à transmettre à un tiers

Un consentement doit obligatoirement être obtenu par écrit (annexe VIII) afin de transmettre un résultat à un tiers. Par exemple, si le consentement de la personne a été obtenu au moment du dépistage, certains renseignements, dont le résultat de l'analyse, pourraient être transmis à un intervenant d'un organisme communautaire habilité à l'intervention psychosociale auprès des personnes infectées.

8.8 Orientation vers une autre ressource pour suivi

Indiquez si la personne a été dirigée vers une autre ressource et inscrivez la principale raison de cette démarche. Précisez vers quel(s) organisme(s) ou professionnel(s) ou intervenant(s) cette personne a été dirigée. L'utilisation du formulaire d'orientation pour suivi médical ou suivi psychosocial (annexes VII et IX) peut favoriser une meilleure continuité des soins.

Le volet « Première visite » se termine ici. Toutefois, une mise à jour de l'information peut être faite à l'occasion d'une visite subséquente. La partie droite du tableau de la section 8.6 sera complétée dès réception des résultats.

Visite de suivi

Inscrire la ou les raisons de la visite de suivi. Le suivi de la vaccination est noté à la section 8.3 du volet « Première visite » du formulaire.

9 Suivi du dépistage

Les résultats du dépistage sont intégrés à la section 8.6 du volet « Première visite » du formulaire.

Date de réception du résultat

Inscrivez la date de réception du résultat à votre bureau ou dans votre service et inscrivez le résultat au dossier.

Résultat transmis à la personne – date

Indiquez par un crochet que le résultat a été transmis à la personne, inscrivez la date et apposez vos initiales.

9.1 Counseling post-test – Résultat(s) positif(s)

Explications sur la signification des résultats

Expliquez la signification des résultats, incluant les limites des analyses : faux positifs, faux négatifs, période fenêtre. (Voir le *Guide québécois de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang* et les documents de référence dans le domaine des ITSS.)

Information sur la ou les infections détectées

Signes et symptômes à surveiller, complications possibles, traitement, mode de transmission, absence d'immunité, conseils préventifs afin de ne pas aggraver la maladie, conseils pour éviter de transmettre la maladie, etc.

Sensibilisation à l'importance de l'examen médical

Un examen clinique est nécessaire afin de compléter le diagnostic, vérifier la présence éventuelle d'une complication et prescrire le traitement approprié.

Révision des facteurs de risque

À l'occasion du counseling post-test, il est important de revoir sommairement les facteurs de risque rapportés lors de la ou des entrevue(s) précédente(s). Certains facteurs ont-ils été omis? Y a-t-il eu modifications des comportements? Adoption de comportements plus sécuritaires? Prise de risque?

Conseils préventifs adaptés selon les facteurs de risque décelés

On pourra se référer aux documents suggérés (annexe III) et à la liste des outils accessibles sur Internet (annexe VI). Il est important de promouvoir l'utilisation des méthodes barrières et de ne pas oublier celles qui sont recommandées pour les relations orales (p. ex. digue dentaire ou condom coupé) particulièrement auprès des personnes qui ont de multiples partenaires (incluant celles qui ont un lien avec la prostitution).

Il ne faut pas oublier de fournir l'information sur les ressources disponibles, par exemple le matériel offert dans les centres d'accès au matériel d'injection stérile.

Intervention d'hémohistovigilance

Certaines infections transmissibles sexuellement sont aussi transmissibles par le sang, soit l'infection par le VIH, l'hépatite B et dans une moindre mesure, la syphilis en phase secondaire. L'hépatite C est essentiellement transmissible par le sang. Une personne infectée peut aussi transmettre l'infection par des dons de tissus (p. ex. sperme) et d'organes. Il est donc important d'aviser les personnes infectées de ne pas donner de sang, de tissus ou d'organes.

Ces infections font partie des maladies à déclaration obligatoire par les médecins et les dirigeants de laboratoire (et non par les infirmières). Les antécédents de dons de sang ou de tissus font partie des données à transmettre au moment de la déclaration. Si la personne infectée rapporte avoir donné du sang, des tissus ou des organes, il sera donc important d'en aviser le médecin vers lequel la personne sera dirigée afin qu'il puisse transmettre ces renseignements au moment de sa déclaration. Ce sont les directions de santé publique qui sont responsables d'aviser Héma Québec ou d'autres instances, selon le cas.

Intervention préventive auprès des partenaires

Le *Programme québécois d'intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une infection transmissible sexuellement et auprès de leurs partenaires* décrit les modalités de cette intervention. Un programme de formation spécifique ainsi que des outils destinés aux professionnels de la santé et aux personnes atteintes sont aussi disponibles.

9.2 *Counseling post-test – Résultat(s) négatif(s)*

Le counseling post-test à la suite d'un résultat négatif constitue une occasion de renforcer les conseils préventifs. Il est essentiel de souligner les limites de l'analyse (indiquez la possibilité de faux négatif) et de rappeler qu'un résultat négatif malgré la prise de risques ne témoigne aucunement d'une « immunité naturelle » ou d'une « constitution robuste » qui mettrait la personne à l'abri d'une infection si elle continuait de prendre des risques. Il convient de discuter de la pertinence de dépistages ultérieurs et, le cas échéant, de leur périodicité.

10 Orientation vers une autre ressource pour suivi

Indiquez tout endroit où la personne a été dirigée pour différentes raisons (aide psychosociale, suivi médical, consultation d'urgence, hébergement). Il peut s'agir d'un autre service donné dans le même établissement. Une orientation vers un autre CSSS peut être nécessaire si la personne réside sur un autre territoire ou si le CSSS consulté n'offre pas le service requis.

Annexe VI – Liste d'outils accessibles sur Internet

Plusieurs outils ont été conçus par le MSSS avec ses partenaires (par exemple, l'INESSS, la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec ou l'INSPQ) pour soutenir les activités préventives des cliniciens en matière d'infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS). Ils sont accessibles au [<http://www.msss.gouv.qc.ca/itss>], section « Documentation », rubrique « Professionnels de la santé/Outils », page « Intervention préventive relative aux ITSS ».

Titre	Objectif
<i>Outils visant à soutenir les cliniciens dans l'intervention préventive relative aux ITSS</i>	
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.
Intervention préventive relative aux ITSS : Visite initiale et counseling prétest (aussi disponible en version anglaise) Intervention préventive relative aux ITSS : Visite subséquente et counseling post-test (aussi disponible en version anglaise)	Présenter au clinicien les éléments à considérer au moment de la visite initiale et au moment de la visite subséquente. Conçu de façon à pouvoir y inscrire les renseignements recueillis et les interventions réalisées. Disponible en version française et anglaise.
Renseignements complémentaires	Présenter au clinicien différents renseignements pour faciliter l'intervention préventive relative aux ITSS.

Titre	Objectif
<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 !</u>	Préciser le rôle des différents professionnels de la santé et permettre d'identifier les partenaires à joindre en fonction de la période de contagiosité.
<u>Entre caresses et baisers, une ITS s'est faufilée... Il faut en parler</u>¹¹⁷	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).

117. 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. Elle est accessible au [<http://www.msss.gouv.qc.ca/itss>], section « Documentation », rubrique « Personnes infectées ».

Annexe VII – Exemple de formulaire d’orientation pour suivi médical¹¹⁸

118. Cet exemple de formulaire est une adaptation faite à partir de documents produits par le Groupe de travail pour faciliter l’implantation des SIDEPS, Service de lutte contre les infections transmissibles sexuellement et par le sang, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003.

Dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)

ORIENTATION POUR SUIVI MÉDICAL

Origine de la demande de consultation

Nom de l'établissement : _____

Nom de l'infirmière : _____ Téléphone : (____) _____ - _____

Identification de la personne :

N° Dossier |____|____|____|____|____|____|____|____|

Nom, prénom : _____ Date de naissance (aaaa/mm/jj): ____/____/____

Adresse : _____

Téléphone : (____) _____ - _____ Autre numéro de téléphone (____) _____ - _____

Orientation pour suivi à :

Nom du médecin: _____ Téléphone : (____) _____ - _____

Adresse : _____

Raison de la consultation

- ☐ Investigation et suivi médical à la suite d'un résultat de dépistage positif
- ☐ Investigation et suivi d'un problème de santé décelé lors de l'intervention
- ☐ Autre

Précisions

Sommaire de l'intervention réalisée lors du dépistage ITSS**

- ☐ Counseling ITSS
- ☐ Dépistage des ITSS (préciser ci-dessous)
- ☐ Vaccination (préciser ci-dessous)
- ☐ Démarches entreprises en matière d'intervention préventive auprès des partenaires (préciser)
- ☐ Intervention de contraception

Préciser la nature des analyses effectuées et les résultats de chacune. Joindre une copie des résultats d'analyses.

Signature de l'infirmière: _____

Date : _____

CONSERVER UNE COPIE DU FORMULAIRE D'ORIENTATION POUR SUIVI MÉDICAL AU DOSSIER DE LA PERSONNE.

* RAPPEL DÉCLARATION MADO : En vertu de la Loi sur la santé publique et du Règlement d'application de cette loi, l'infection à *Chlamydia trachomatis*, l'infection gonococcique et la syphilis font partie des maladies à déclaration obligatoire (MADO) par le médecin et le dirigeant d'un laboratoire. Selon les dispositions de la Loi sur la santé publique, l'infirmière qui a effectué le dépistage ne peut acheminer une déclaration de MADO. Seule la déclaration du médecin permettra de classer de tels cas au système des MADO selon les paramètres requis par la loi. Les ITS ne peuvent faire l'objet d'un signalement.

** CONSENTEMENT de la personne concernée pour la transmission de renseignements contenus à son dossier : respecter les règles en vigueur dans l'établissement.

**Annexe VIII – Exemple de formulaire d'autorisation de
communiquer des résultats d'analyse de biologie
médicale contenus au dossier¹¹⁹**

119. Ce formulaire est une adaptation faite à partir de documents produits par le Groupe de travail pour faciliter l'implantation des SIDEPS, Service de lutte contre les infections transmissibles sexuellement et par le sang, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003.

Annexe IX – Exemple de formulaire d’orientation pour suivi psychosocial¹²⁰

120. Cet exemple de formulaire est une adaptation faite à partir de documents produits par le Groupe de travail pour faciliter l’implantation des SIDEPS, Service de lutte contre les infections transmissibles sexuellement et par le sang, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003.

DÉPISTAGE DES INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT ET PAR LE SANG (ITSS)

ORIENTATION POUR SUIVI PSYCHOSOCIAL *

Orienté par :

Nom de l'établissement : _____

Nom du professionnel : _____ Téléphone : (____) _____ - _____

Identification de la personne :

N° dossier |__|__|__|__|__|__|__|__|

Nom, prénom : _____ Date de naissance (aaaa/mm/jj) : ____/____/____

Adresse : _____

Téléphone : (____) _____ - _____ Autre numéro de téléphone (____) _____ - _____

Orientation pour suivi psychosocial à :

Nom de la ressource, de l'organisme ou de l'établissement : _____

Adresse : _____

Téléphone : (____) _____ - _____

Nom de l'intervenant, s'il y a lieu : _____

Raison(s) pour laquelle (lesquelles) la personne est orientée pour un suivi psychosocial

- ☐ Investigation et suivi d'une situation psychosociale à risque décelée lors de l'intervention
☐ Soutien psychosocial, information, accompagnement
☐ Autre

Précisions :

Sommaire de l'intervention réalisée **

☐ Counseling ITSS ☐ Dépistage ITSS ☐ Vaccination ☐ Intervention de contraception ☐ Autre

Précisions :

Signature du professionnel : _____ Date : _____

CONSERVER UNE COPIE DU FORMULAIRE D'ORIENTATION AU DOSSIER DE LA PERSONNE

* Orientation vers un établissement de santé, un organisme communautaire ou une autre ressource spécialisée.

** CONSENTEMENT de la personne concernée pour la transmission de renseignements contenus à son dossier : respecter les règles en vigueur dans l'établissement.

Annexe X – Régions fortement touchées par les ITSS et indications relatives au dépistage

La présente annexe¹²¹ dresse d'abord la liste des régions fortement touchées par les ITS bactériennes, le VIH, le VHB et le VHC. Viennent ensuite des indications relatives au dépistage de ces infections selon la région d'origine.

Régions fortement touchées par les ITS bactériennes, le VIH, le VHB et le VHC

Pour les ITS bactériennes, la plus forte proportion se trouve dans les régions suivantes:

- l'Asie du Sud et du Sud-Est ;
- l'Afrique subsaharienne ;
- l'Amérique latine ;
- les Caraïbes.

De plus, des éclosions de syphilis ont été observées dans des groupes spécifiques dans plusieurs pays et dans plusieurs grandes villes nord-américaines, notamment New York, Los Angeles et Montréal.

Pour le **VIH**, les régions de forte endémicité¹²² sont :

- l'Afrique subsaharienne ;
- les Caraïbes ;
- la Thaïlande (prévalence estimée à 0,9 %) ;
- l'est de l'Europe (prévalence estimée à 0,9 %) ;
- l'Asie centrale (prévalence estimée à 0,9 %).

Notons que l'Organisation mondiale de la santé a produit une carte du monde présentant la prévalence du VIH chez les adultes de 15 à 49 ans en 2011¹²³.

Pour le **VHB**, les régions où la prévalence d'infections chroniques est modérée ou élevée¹²⁴ sont :

- l'Alaska ;
- l'Afrique subsaharienne ;
- l'Asie centrale ;
- l'Asie du Sud-Est ;
- le bassin de l'Amazone ;
- le bassin de la Méditerranée ;
- la Chine ;
- l'Europe de l'Est ;
- les îles du Pacifique ;

121. Source : INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Rapport du sous-comité Facteurs de risque et infections transmissibles sexuellement et par le sang à rechercher*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, à paraître.

122. Selon l'Agence de la santé publique du Canada, l'endémicité est élevée pour le VIH si une région présente l'une des caractéristiques suivantes :

- une prévalence de 1 % ou plus chez les adultes de 15 à 49 ans et une transmission à prédominance hétérosexuelle ;
- un rapport hommes-femmes infectés de 2 pour 1 ou moins ;
- une prévalence du VIH chez les femmes recevant des soins prénataux établie à 2 % ou plus.

123. On peut consulter cette carte à l'adresse suivante : [http://gamapserver.who.int/mapLibrary/Files/Maps/HIV_adult_prevalence_2011.png].

124. Selon l'OMS, une région d'endémicité modérée pour le VHB est caractérisée par une prévalence de 2 % ou plus.

- le Japon ;
- le Moyen-Orient ;
- le nord-ouest du Brésil ;
- le Pérou.

Notons que l'Organisation mondiale de la santé a également produit une carte du monde présentant les régions et pays à risque modéré ou élevé pour l'hépatite B¹²⁵.

Pour le **VHC**, les régions de forte endémicité¹²⁶ sont :

- l'Égypte ;
- le Pakistan ;
- Taiwan ;
- la Roumanie ;
- l'Italie.

Notons que les Centers for Disease Control and Prevention proposent une carte du monde illustrant la prévalence du VHC¹²⁷.

Indications de dépistage selon la région d'origine

Afin de faciliter l'évaluation clinique des personnes originaires d'un pays autre que le Canada ou de leurs partenaires, le clinicien peut considérer les régions suivantes endémiques pour les ITS bactériennes, le VIH, l'hépatite B et l'hépatite C :

- les Caraïbes ;
- l'Afrique subsaharienne ;
- la Fédération de Russie ;
- l'Europe de l'Est ;
- le Moyen-Orient (incluant l'Égypte et le Pakistan) ;
- l'Asie du Sud et l'Asie centrale ;
- l'Amérique centrale et l'Amérique du Sud ;
- le bassin du Pacifique, excluant le Japon, l'Australie et la Nouvelle-Zélande.

Pour l'infection gonococcique ou la syphilis, le dépistage sera recommandé si la personne est ou a déjà été sexuellement active.

Un clinicien qui dispose de données à jour sur l'épidémiologie des ITSS dans le monde peut adapter l'offre de dépistage selon la région d'origine des personnes qui le consultent.

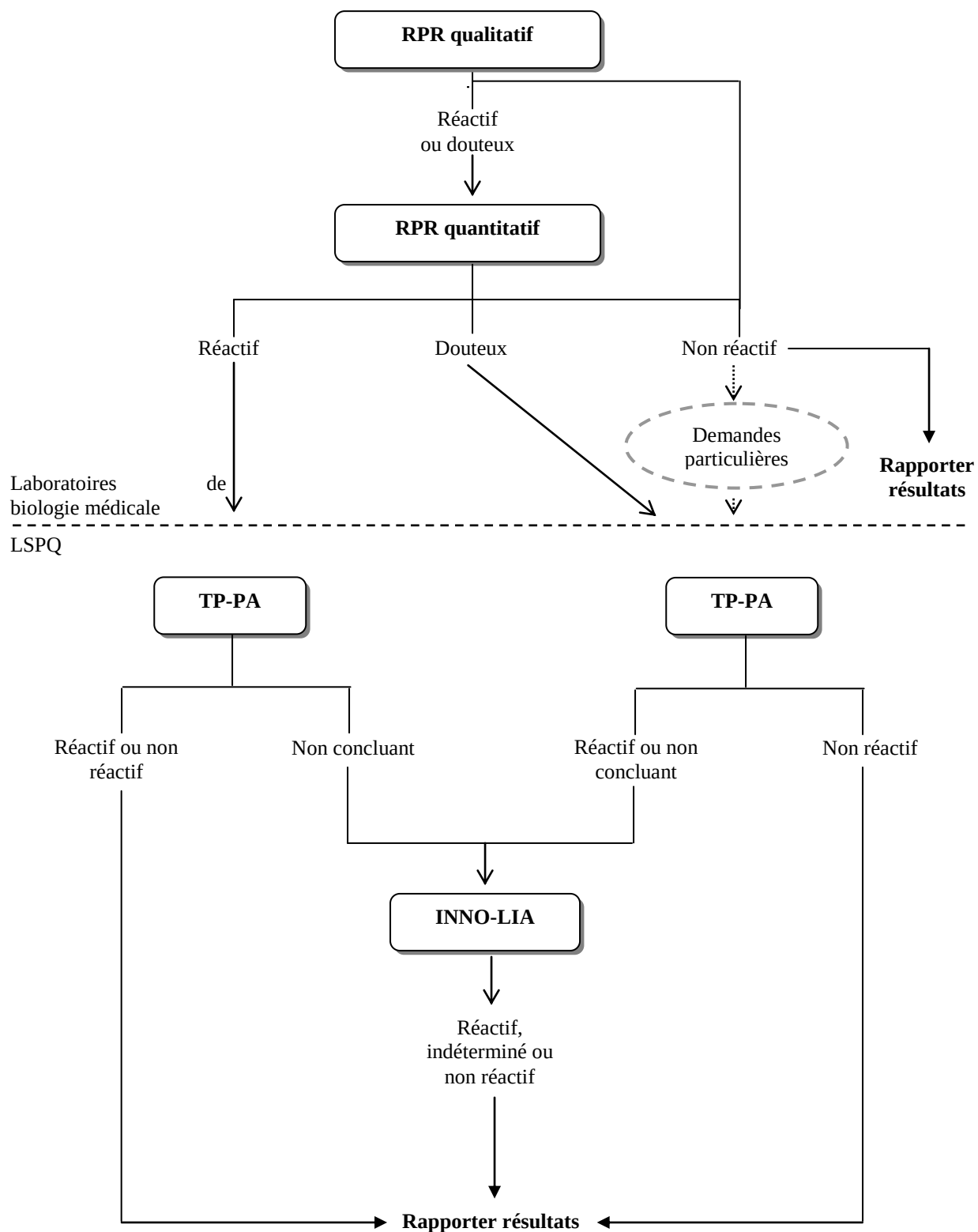
125. On peut consulter cette carte à l'adresse suivante : [<http://apps.who.int/ithmap/>].

126. Selon l'OMS, une région est considérée de forte endémicité pour le VHC si la prévalence du VHC dépasse la prévalence mondiale moyenne, soit 3 %.

127. On peut consulter cette carte à l'adresse suivante : [http://wwwnc.cdc.gov/travel/content/yellowbook/2014/map_3-05.pdf].

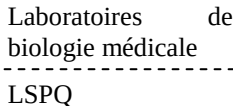
Annexe XI – Algorithmes de détection et de confirmation sérologique de la syphilis

**Proposition d'algorithme de détection et de confirmation sérologique de la syphilis :
Algorithme I débutant par un RPR¹²⁸**



128. Source : FORTIN, C., et autres. *Rapport du sous-comité Épreuves de détection de la syphilis*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2010, 143 p., [En ligne]. [\[http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1031_RappSousComDetecSyphilis.pdf\]](http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1031_RappSousComDetecSyphilis.pdf).

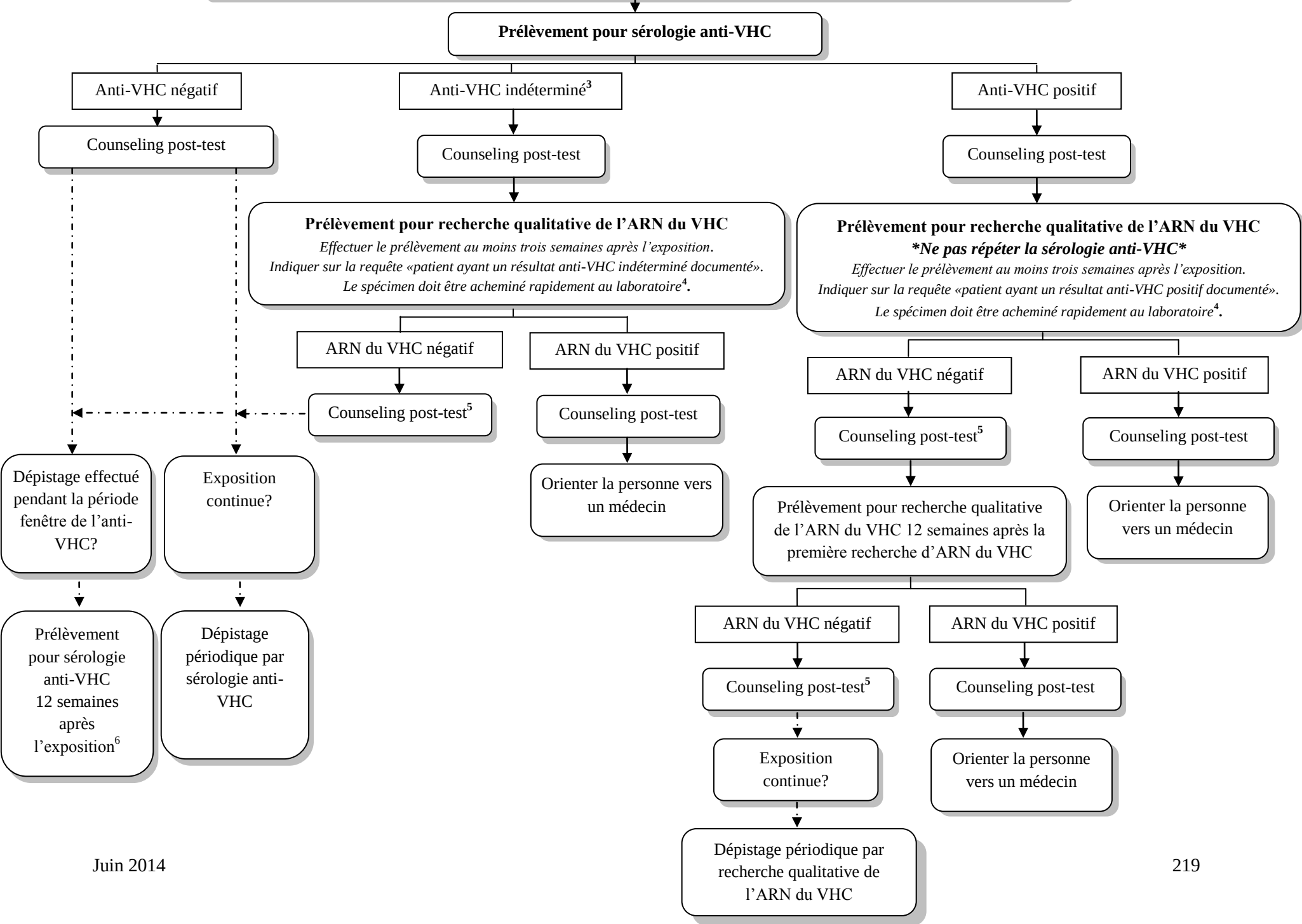
Algorithme II débutant par un EIA¹²⁹



l'algorithme II pour le sérodiagnostic de la syphilis, [En ligne]. [http://www.inspq.qc.ca/lspq/fichesPDF/annonce_modifications_algorithme_II_serodiagnostic_syphilis.pdf].

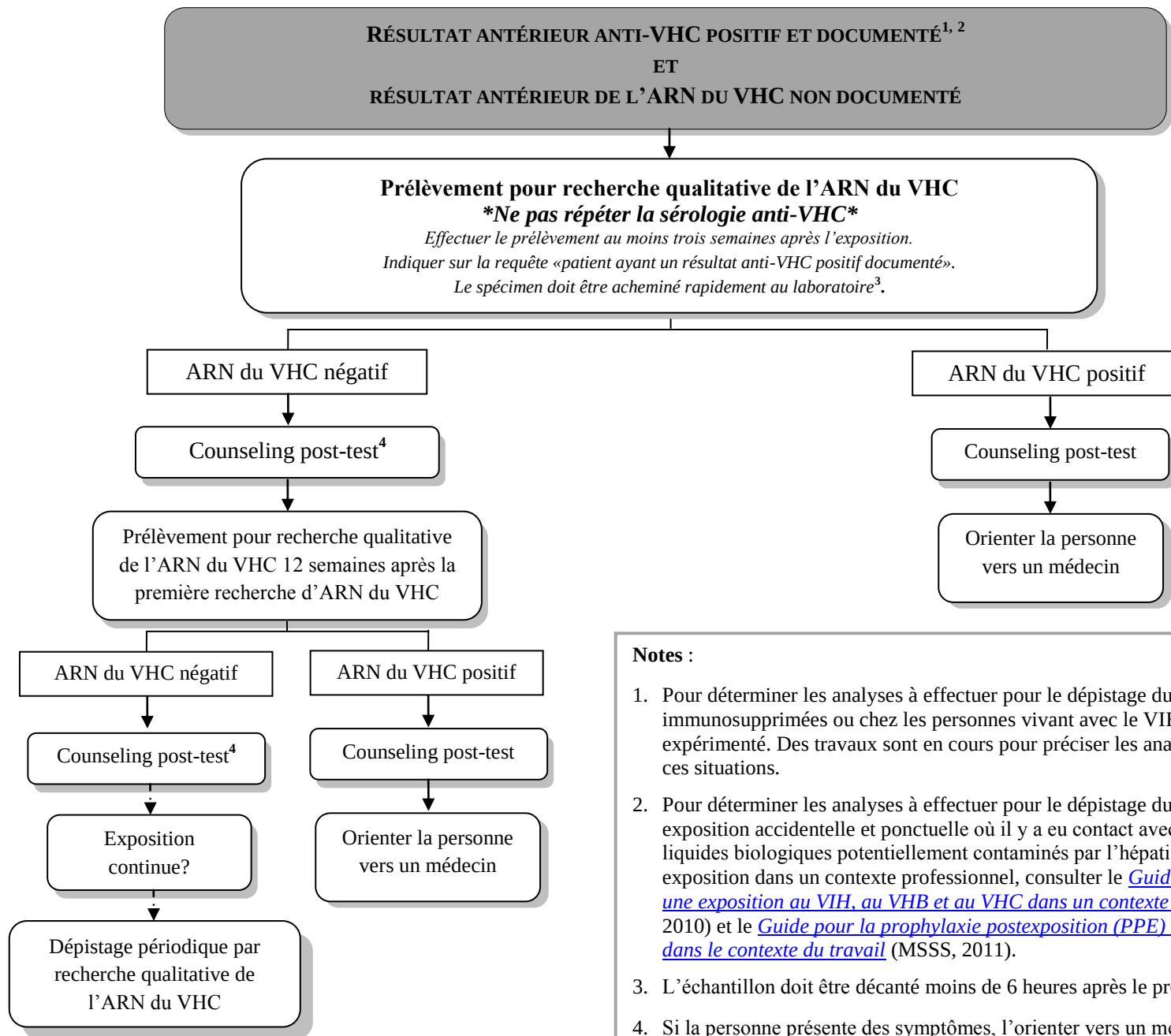
**Annexe XII – Algorithmes présentant les analyses
recommandées pour le dépistage du virus de
l'hépatite C (VHC)**

RÉSULTAT ANTÉRIEUR ANTI-VHC NÉGATIF, NON DOCUMENTÉ OU INEXISTANT^{1,2}



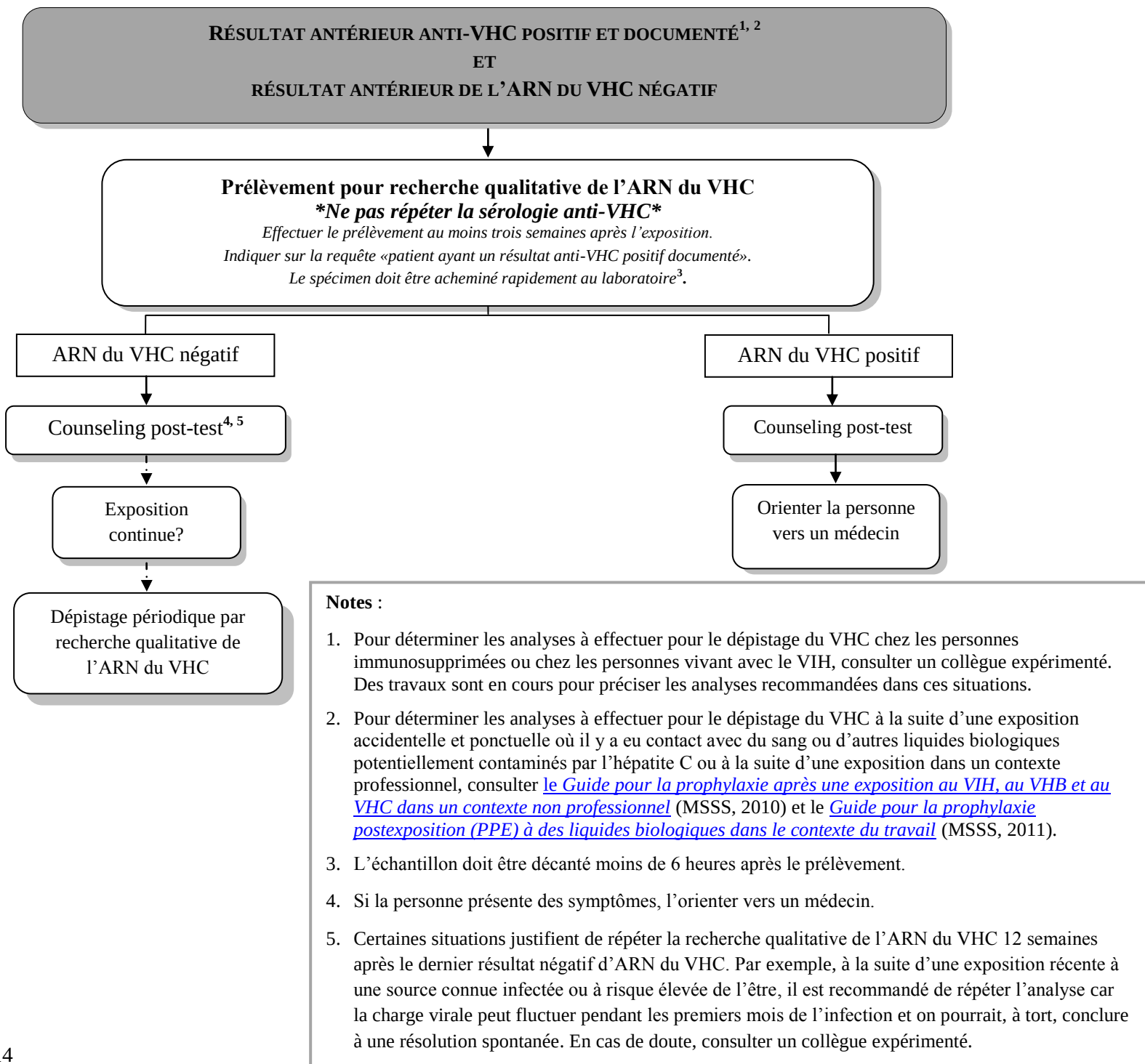
Notes :

1. Pour déterminer les analyses à effectuer pour le dépistage du VHC chez les personnes immunosupprimées ou chez les personnes vivant avec le VIH, consulter un collègue expérimenté. Des travaux sont en cours pour préciser les analyses recommandées dans ces situations.
2. Pour déterminer les analyses à effectuer pour le dépistage du VHC à la suite d'une exposition accidentelle et ponctuelle où il y a eu contact avec du sang ou d'autres liquides biologiques potentiellement contaminés par l'hépatite C ou à la suite d'une exposition dans un contexte professionnel, consulter le [Guide pour la prophylaxie après une exposition au VIH, au VHB et au VHC dans un contexte non professionnel](#) (MSSS, 2010) et [le Guide pour la prophylaxie postexposition \(PPE\) à des liquides biologiques dans le contexte du travail](#) (MSSS, 2011).
3. Le résultat indéterminé correspond au résultat de confirmation émis par le LSPQ et non au résultat initial effectué par le laboratoire de l'établissement.
4. L'échantillon doit être décanté moins de 6 heures après le prélèvement.
5. Si la personne présente des symptômes, l'orienter vers un médecin.
6. Lorsque le résultat initial de l'anti-VHC est indéterminé et que la recherche qualitative initiale de l'ARN du VHC est négative, si un second résultat anti-VHC indéterminé est obtenu après la fin de la période fenêtre, le dépistage est terminé.



Notes :

1. Pour déterminer les analyses à effectuer pour le dépistage du VHC chez les personnes immunosupprimées ou chez les personnes vivant avec le VIH, consulter un collègue expérimenté. Des travaux sont en cours pour préciser les analyses recommandées dans ces situations.
2. Pour déterminer les analyses à effectuer pour le dépistage du VHC à la suite d'une exposition accidentelle et ponctuelle où il y a eu contact avec du sang ou d'autres liquides biologiques potentiellement contaminés par l'hépatite C ou à la suite d'une exposition dans un contexte professionnel, consulter le [Guide pour la prophylaxie après une exposition au VIH, au VHB et au VHC dans un contexte non professionnel](#) (MSSS, 2010) et le [Guide pour la prophylaxie postexposition \(PPE\) à des liquides biologiques dans le contexte du travail](#) (MSSS, 2011).
3. L'échantillon doit être décanté moins de 6 heures après le prélèvement.
4. Si la personne présente des symptômes, l'orienter vers un médecin.



Annexe XIII – L'obligation légale de divulguer son statut sérologique à ses partenaires sexuels

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.¹³⁰). 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 indétectable¹³¹. La Cour n'a pas statué sur les autres types de relations sexuelles (anale ou orale) ;
- le fait, pour une personne infectée 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 préalable¹³².

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

130. 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.

131. 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.

132. 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.

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^{133, 134}. 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 VIH : Un guide pratique à l'intention des infirmières et infirmiers en sidologie du Canada*](#)¹³⁵. 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.

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

134. 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-divulgation 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.

135. 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.

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 – Intervention préventive relative aux ITSS » : [\[http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/2af13ea8bb2b10af85257d110061b708?OpenDocument\]](http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/2af13ea8bb2b10af85257d110061b708?OpenDocument)).