

Stratégies de notification des partenaires d'une personne ayant reçu un résultat positif à une infection transmissible sexuellement et par le sang

ÉTAT DES CONNAISSANCES

MARS 2026

REVUE DES REVUES

AUTRICE ET AUTEUR

Florence Maheux Dubuc, conseillère scientifique
Maxence Beaulieu, étudiant à la maîtrise en santé publique
Direction des risques biologiques

SOUS LA COORDINATION DE

Pierre-Henri Minot, chef d'unité scientifique
Direction des risques biologiques

COLLABORATION

Comité sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) et groupe de travail *ad hoc*

Véronic Fortin, bibliothécaire
Vice-présidence aux affaires scientifiques

Aurélié Maheux Dubuc, conseillère scientifique
Secrétariat général

RÉVISION

Cassi Bergeron-Caron, conseillère scientifique
Mathieu-Joël Gervais, conseiller scientifique spécialisé
Carol-Anne Roy-Chevalier, conseillère scientifique
Direction des risques biologiques
Institut national de santé publique du Québec

Jean-Sébastien Touchette, médecin-conseil
Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik

Les personnes qui ont révisé ce document ont été conviées à apporter des commentaires sur la version préfinale, et en conséquence, n'en ont pas révisé ni endossé le contenu final.

L'autrice et l'auteur ainsi que les personnes qui ont révisé le document ont dûment rempli leurs déclarations d'intérêts et aucune situation à risque de conflits d'intérêts réels, apparents ou potentiels n'a été relevée.

MISE EN PAGE

Linda Cléroux, agente administrative
Direction des risques biologiques

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en écrivant un courriel à : droits.dauteur.inspq@inspq.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

Dépôt légal – 2^e trimestre 2026
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN : 978-2-555-03487-7 (PDF)
DOI : <https://doi.org/10.64490/BGVR1766>

© Gouvernement du Québec (2026)

Comité sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang (CITSS) – Juin 2025

MEMBRES RÉGULIERS

Jean-Guy Baril, médecin de famille
Clinique du Quartier Latin

Karine Blouin, conseillère scientifique spécialisée
Geneviève Boily, conseillère scientifique
Direction des risques biologiques
Institut national de santé publique du Québec

Maxim Éthier, médecin de famille
Cliniques Prélis et Quorum

Christelle Aïcha Kom Mogto, médecin spécialiste en santé publique et médecine préventive
Direction régionale de santé publique du Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais

Annie-Claude Labbé, microbiologiste-infectiologue
Hôpital Maisonneuve-Rosemont

Mathieu Maheu-Giroux, professeur agrégé
Département d'épidémiologie, de biostatistique et de santé au travail, Université McGill

Nathanaëlle Thériault, médecin spécialiste en santé publique et médecine préventive
Direction régionale de santé publique du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale

MEMBRES LIAISON

Marie-Claude Breton, coordonnatrice scientifique
Institut national d'excellence en santé et en services sociaux

Geneviève Gravel, gestionnaire
Agence de la santé publique du Canada

Ken Monteith, directeur général
Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida

Ludivine Veillette-Bourbeau, conseillère
Ministère de la Santé et des Services sociaux

MEMBRES D'OFFICE

Patricia Hudson, directrice scientifique
Anne Kimpton, chef d'unité scientifique par intérim
Direction des risques biologiques
Institut national de santé publique du Québec

COORDINATION

Florence Maheux Dubuc, conseillère scientifique
Direction des risques biologiques
Institut national de santé publique du Québec

Groupe de travail *ad hoc*

Surfina Aldinor, intervenante
Portail VIH/sida du Québec

Sandra Bérubé, conseillère en soins infirmiers
Direction régionale de santé publique du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale

Geneviève Boily, conseillère scientifique
Stéphanie Vermette, conseillère scientifique
Direction des risques biologiques
Institut national de santé publique du Québec

Christelle Aïcha Kom Mogto, médecin spécialiste en santé publique et médecine préventive
Direction régionale de santé publique du Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais

Ange-Marie Lanson, infirmière clinicienne
Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest

Nathanaëlle Thériault, médecin spécialiste en santé publique et médecine préventive
Direction régionale de santé publique du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale

COORDINATION

Florence Maheux Dubuc, conseillère scientifique
Direction des risques biologiques
Institut national de santé publique du Québec

AVANT-PROPOS

L'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) est le centre d'expertise et de référence en matière de santé publique au Québec. Sa mission est de soutenir le ministre de la Santé et des Services sociaux (MSSS) dans sa mission de santé publique. L'Institut a également comme mission, dans la mesure déterminée par le mandat que lui confie le ministre, de soutenir Santé Québec, la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik, le Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James et les établissements, dans l'exercice de leur mission de santé publique.

La collection *État des connaissances* rassemble sous une même bannière une variété de productions scientifiques qui synthétisent et communiquent ce que la science nous dit sur une question donnée à l'aide de méthodes rigoureuses de recension et d'analyse des écrits scientifiques et autres informations pertinentes.

La présente revue des revues porte sur les principales stratégies de notification des partenaires exposés à une infection transmissible sexuellement et par le sang (ITSS). Cette production du comité sur les ITSS (CITSS) de l'INSPQ vise à soutenir la pratique du personnel clinique et de santé publique et peut servir de levier aux processus décisionnels des actrices et acteurs clés dans le domaine du soutien à la notification des partenaires, de l'intervention préventive auprès de la personne atteinte d'une infection transmissible sexuellement et auprès de ses partenaires (IPPAP) et des activités liées à la santé sexuelle de la population québécoise.

Ce document s'adresse au personnel clinique et de santé publique qui effectue des activités préventives liées aux ITSS et aux actrices et acteurs clés dans le domaine de la santé sexuelle.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES	VI
RÉSUMÉ	1
1 CONTEXTE	4
1.1 Introduction	4
1.2 La notification des partenaires	4
1.3 Constats	5
2 OBJECTIF, QUESTION DE RECHERCHE PRINCIPALE ET SOUS-QUESTIONS DE RECHERCHE	8
3 MÉTHODOLOGIE	9
3.1 Recherche documentaire	9
3.2 Évaluation de la qualité des études	10
3.3 Révision et relecture	11
4 RÉSULTATS	12
4.1 Méthodes traditionnelles	14
4.1.1 Les méthodes traditionnelles en général	14
4.1.2 La notification par la personne	14
4.1.3 La notification par le personnel clinique ou de santé publique	16
4.2 Méthodes numériques	17
4.2.1 Les méthodes numériques en général	17
4.2.2 Les plateformes web dédiées à la notification des partenaires et la notification anonyme	20
4.2.3 Les courriels	22
4.2.4 Les messages textes	23
4.2.5 Les applications mobiles et réseaux sociaux	24
4.3 Le soutien du personnel clinique ou de santé publique à la notification des partenaires	25
4.4 Efficience des stratégies de notification des partenaires	26
5 DISCUSSION	27
6 LIMITES DES ÉTUDES RETENUES	31
7 CONCLUSION	33

8	RÉFÉRENCES.....	34
ANNEXE 1	PLAN DE CONCEPTS	37
ANNEXE 2	STRATÉGIE DE RECHERCHE DÉTAILLÉE.....	38
ANNEXE 3	RÉSULTATS DE LA REVUE DE LITTÉRATURE PRÉSENTÉS EN ORGANIGRAMME DE TYPE PRISMA	50
ANNEXE 4	RÉSUMÉ DES PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES DES ÉTUDES RETENUES	51
ANNEXE 5	OUTIL D'ÉVALUATION CRITIQUE POUR LES REVUES SYSTÉMATIQUES ET LES SYNTHÈSES DE CONNAISSANCES (JBI)	53
ANNEXE 6	CARTE DE NOTIFICATION UTILISÉE AU QUÉBEC	59
ANNEXE 7	OUTIL DE CLASSIFICATION DES PARTENAIRES	61

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

APT	Accelerated partner therapy
CDC	U.S. Centers for Disease Control and Prevention
CITSS	Comité sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang
DSPu	Direction régionale de santé publique
Guide ITS-	Guide d'intervention sur les infections transmissibles sexuellement à déclaration obligatoire
MADO	
HARSAH	Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IPPAP	Intervention préventive auprès de la personne atteinte d'une infection transmissible sexuellement et auprès de ses partenaires
ITS-MADO	Infections transmissibles sexuellement à déclaration obligatoire
ITSS	Infections transmissibles sexuellement et par le sang
LGV	Lymphogranulomatose vénérienne
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
<i>PnP</i>	<i>Party and play</i>
PVSQ	Portail VIH/sida du Québec
TAP	Traitement accéléré des partenaires
VIH	Virus de l'Immunodéficience humaine
VPH	Virus du papillome humain

RÉSUMÉ

Contexte

La notification des partenaires d'une personne ayant reçu un résultat positif à une infection transmissible sexuellement et par le sang (ITSS) est une intervention essentielle de santé publique. Elle consiste, pour une personne ayant reçu un résultat positif à une ITSS, à informer ses partenaires sexuels exposés, avec ou sans soutien professionnel. Cela permet de favoriser un dépistage précoce, briser la chaîne de transmission et réduire les conséquences sur la santé des individus.

La hausse des ITSS au Québec accroît la demande de soutien à la notification, dans un contexte où les ressources humaines sont déjà fortement sollicitées. Cela soulève des préoccupations quant à l'utilisation optimale du temps et des ressources. Parallèlement, le réseau de la santé et de santé publique exprime un désir de simplifier et d'alléger les interventions préventives en ITSS, ainsi que d'harmoniser les pratiques qui demeurent variables d'une région du Québec à l'autre.

Les lignes directrices québécoises actuelles, publiées il y a plus de dix ans, documentent très peu l'usage des courriels, des messages textes et des réseaux sociaux pour la notification des partenaires. Certains enjeux sociaux, maintenant plus répandus, nécessitent qu'on s'y attarde, notamment la rencontre de partenaires anonymes ou difficiles à joindre via les applications de rencontre en ligne.

Dans ce contexte, le comité sur les ITSS (CITSS) de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) juge nécessaire d'actualiser les connaissances afin d'offrir au personnel clinique et de santé publique des approches efficaces et mieux adaptées aux réalités actuelles.

Méthodologie

Cette synthèse des connaissances porte sur les stratégies efficaces de notification des partenaires des personnes ayant reçu un résultat positif à une ITSS. Elle vise à recenser les approches les plus efficaces pour joindre, notifier, dépister et traiter les partenaires, ainsi que celles offrant la meilleure acceptabilité.

La démarche méthodologique repose sur une revue des revues. Une recherche documentaire a été réalisée dans plusieurs bases de données, selon un plan de concepts élaboré par un groupe de travail *ad hoc*. Après l'application de critères d'inclusion et d'exclusion prédéfinis, 15 articles ont été retenus. La qualité méthodologique des études incluses a été examinée à l'aide de l'outil critique du JBI (Aromataris *et al.*, 2015). La version préfinale de la synthèse a été soumise au processus de révision par les pairs de l'INSPQ, puis validée par le groupe de travail *ad hoc* et par les membres du CITSS.

Résultats

Les résultats confirment la pertinence de la notification des partenaires dans les interventions cliniques et de santé publique. Plusieurs stratégies ont démontré leur efficacité et leur acceptabilité.

Dans les études recensées, l'efficacité est généralement évaluée selon trois aspects, c'est à dire la capacité à 1) initier une prise de contact (joindre les partenaires), 2) informer sur l'exposition (notifier les partenaires) et 3) amener à consulter pour un dépistage ou un traitement (dépister et traiter les partenaires).

L'acceptabilité est documentée du point de vue des personnes ayant reçu un résultat positif à une ITSS ou de celui de personnes susceptibles d'être identifiées comme partenaires.

Deux grandes catégories de stratégies de notification ont été identifiées :

- Les méthodes traditionnelles comprennent la notification en face à face ou l'appel téléphonique. Elles incluent la notification par la personne et celle par le personnel clinique ou de santé publique.

Les méthodes traditionnelles demeurent essentielles et efficaces. Bien qu'elles soient plus coûteuses, elles permettent de joindre, notifier, dépister et traiter un plus grand nombre de partenaires et sont généralement bien acceptées.

- Les méthodes numériques incluent la notification par les plateformes web (permettant la notification anonyme), les courriels, les messages textes et les applications mobiles/réseaux sociaux.

Malgré une innovation limitée au cours de la dernière décennie et une acceptabilité variable, les méthodes numériques représentent des stratégies légitimes et avec un potentiel d'efficience. Elles peuvent être utilisées seules ou en complément des approches traditionnelles, notamment pour des situations moins prioritaires ou lorsque les méthodes classiques échouent. Elles offrent aussi la possibilité de joindre des partenaires difficiles à retracer, de réengager des personnes perdues de vue dans le système de santé et de transmettre rapidement de l'information pertinente. Toutefois, des enjeux liés à la confidentialité sont soulevés.

Les applications mobiles et les réseaux sociaux pourraient constituer des outils prometteurs, puisqu'ils reflètent les réalités liées aux pratiques sociales et sexuelles plus actuelles. L'intégration de plateforme de notification au sein même de ces systèmes pourrait aussi contribuer à optimiser les pratiques.

Discussion

Les données montrent que l'efficacité et l'acceptabilité de la notification dépendent fortement du contexte. Les stratégies doivent entre autres être adaptées aux préférences de la personne ayant reçu un résultat positif, aux caractéristiques de la population à laquelle elle appartient, au type de partenaire ou à la nature de la relation, ainsi qu'à l'ITSS en cause.

Ainsi, la systématisation des pratiques ne constitue pas une solution optimale. Les variations régionales, les ressources limitées et la diversité des situations rendent nécessaire une approche flexible. La revue de littérature soutient plutôt l'idée d'un « panier d'options », permettant de choisir la stratégie la plus adaptée à chaque contexte et d'en maximiser l'efficacité et l'acceptabilité.

Conclusion

Les résultats soulignent l'importance d'adapter les stratégies de notification au contexte. Cette actualisation des connaissances propose ainsi un « panier d'options » permettant au personnel clinique et de santé publique d'ajuster leurs interventions aux réalités de leur milieu.

1 CONTEXTE

1.1 Introduction

Au Québec, les infections bactériennes transmissibles sexuellement, notamment *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, la syphilis et la lymphogranulomatose vénérienne (LGV), sont en hausse constante depuis une quinzaine d'années. Bien qu'une réelle augmentation de la transmission soit observée, une part de cette progression s'explique aussi par l'intensification des tests de dépistage effectués. Après s'être stabilisé entre 2013 et 2020, le nombre de premiers diagnostics d'infection au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) a augmenté de façon marquée en 2022. Cette hausse serait attribuable, entre autres, au rattrapage du dépistage à la suite de la pandémie de COVID-19 et à la reprise de l'influx migratoire international (Institut national de santé publique du Québec, 2024).

Cette progression des ITSS au Québec met en lumière l'importance d'agir pour prévenir leur transmission et en limiter les conséquences sur la santé de la population. Dans ce contexte, le soutien à la notification des partenaires d'une personne ayant reçu un diagnostic positif à une ITSS est une intervention largement utilisée en santé publique.

1.2 La notification des partenaires

La notification des partenaires peut être définie comme le processus où une personne ayant reçu un résultat positif à une ITSS avise, avec ou sans soutien professionnel, ses partenaires sexuels exposés à une ITSS. Elle les encourage ensuite à se faire dépister et à recevoir un traitement épidémiologique, si pertinent (Centre de collaboration nationale des maladies infectieuses, 2014).

Si la notification engendre une consultation de la part des partenaires, la notification permet aussi d'offrir des interventions préventives adaptées, comme la vaccination, le counseling en promotion de la santé sexuelle, l'accès à une prophylaxie pré ou post exposition au besoin, ainsi que la mise à disposition de matériel de prévention et l'orientation vers des services appropriés.

Au Québec, la notification des partenaires exposés à une ITSS est réalisée dans deux principaux contextes d'intervention.

- L'intervention préventive auprès de la personne atteinte d'une infection transmissible sexuellement et auprès de ses partenaires (IPPAP) :

Elle relève davantage du champ d'action de la santé publique et est généralement réalisée par le personnel désigné par la Direction régionale de santé publique (DSPu) dans le cadre d'une enquête épidémiologique¹. Dans ce contexte, c'est le *Guide d'intervention sur les*

¹ Une enquête épidémiologique relative à une ITS-MADO est une intervention visant à agir sur le cycle de transmission de l'infection en cause et à identifier les menaces de santé publique, afin de mettre en place rapidement des mesures de contrôle si nécessaire. Elle permet, entre autres, la validation de la déclaration du cas

infections transmissibles sexuellement à déclaration obligatoire (Guide ITS-MADO) qui soutient la pratique professionnelle de santé publique.

L'IPPAP comporte trois volets. Le premier consiste à évaluer le risque et la vulnérabilité de la personne atteinte, puis à mettre en place une intervention préventive auprès de celle-ci. Le deuxième volet vise à soutenir la personne atteinte dans la réalisation de l'intervention préventive auprès de ses partenaires. Finalement, le troisième volet porte sur la notification aux partenaires et l'intervention préventive auprès de ceux-ci. Ce volet « vise à informer les partenaires de leur exposition à une ITS et à les motiver à consulter un professionnel de la santé en vue d'obtenir les services requis (traitement, dépistage, etc.) » (MSSS, 2014, p.79).

- Le soutien à la notification des partenaires :

Il relève généralement de la pratique clinique et est offert au moment de l'annonce d'un résultat positif à une ITSS. Dans ce contexte, le *Guide québécois de dépistage des ITSS* produit par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS, 2019), permet d'encadrer la pratique. Le personnel clinique (médecin, personnel infirmier ou sage-femme) est invité à réaliser cette intervention en quatre étapes :

- « 1) Sensibiliser la personne atteinte à l'importance d'aviser tous ses partenaires;
- 2) Identifier les partenaires à aviser;
- 3) Préparer la personne atteinte à aviser ses partenaires;
- 4) Préparer l'intervention auprès des partenaires que la personne n'est pas en mesure d'aviser » (MSSS, 2019, p.95).

Il importe de mentionner qu'au Québec, les enquêtes épidémiologiques sont réalisées pour les cas d'ITSS à déclaration obligatoire (ITS-MADO) jugés prioritaires par la DSPu. Leur priorisation varie selon les réalités locales, notamment en fonction de l'épidémiologie, mais aussi de la disponibilité des ressources en place. Dans certaines régions, du personnel infirmier de première ligne est désigné par la DSPu pour effectuer des enquêtes épidémiologiques et soutenir l'IPPAP. Effectivement, on constate au Québec, mais aussi dans la littérature scientifique, que la responsabilité de l'accompagnement à la notification des partenaires tend à reposer de plus en plus vers le personnel clinique de première ligne (Peterman *et al.*, 2016).

1.3 Constats

Contraintes organisationnelles et utilisation optimale des ressources

L'augmentation remarquée des ITSS ces dernières années accroît inévitablement la demande de soutien à la notification des partenaires pour le personnel clinique et de santé publique. Les ressources humaines sont cependant limitées et doivent déjà assumer le dépistage des ITSS ainsi que diverses activités préventives qui y sont liées.

d'ITS-MADO, la collecte d'informations cliniques, la recherche de facteurs de risque et de sources d'exposition, et l'IPPAP (MSSS, 2014).

Dans ce contexte, des questions soulèvent des réflexions quant à l'utilisation optimale du temps et des ressources investis dans l'intervention de notification.

Désir de simplification et variabilité des pratiques régionales

Il émerge également, au sein du réseau de la santé et de la santé publique, un souhait de simplifier et d'alléger les interventions et les outils. Cette volonté contraste avec les processus actuels de soutien à la notification des partenaires qui exigent un investissement marqué de temps et de ressources.

On observe également un désir de s'appuyer sur les meilleures pratiques et de les harmoniser, puisqu'elles diffèrent entre les régions du Québec. En effet, des stratégies de notification sont employées dans divers milieux, mais non déployées, voire proscrites dans d'autres. C'est notamment le cas de certaines méthodes numériques, qui seront présentées plus loin dans cette publication.

Évolution des pratiques et besoins d'actualisation des connaissances

Le Guide ITS-MADO propose une brève revue de la littérature sur les stratégies pour joindre, notifier, dépister et traiter les partenaires exposés à une ITSS (MSSS, 2014). Bien qu'il y soit mentionné qu'aucune stratégie de notification n'est efficace à elle seule et dans toutes les situations, on y présente :

- Les stratégies à privilégier : la notification en face à face ou par appel téléphonique, par la personne ayant reçu un résultat positif à une ITSS ou par le personnel clinique et de santé publique, combinée à l'utilisation d'une carte de notification;
- Les stratégies à utiliser dans certaines situations particulières : les courriels, les messages textes et les réseaux sociaux, par exemple.

Le Guide ITS-MADO souligne qu'il y avait peu de données, au moment de sa parution, sur l'efficacité de l'utilisation des courriels, des messages textes et des réseaux sociaux pour la notification. Avec l'évolution des pratiques sociales et sexuelles, certains types de rencontres se sont répandus, comme celles impliquant des partenaires anonymes ou difficilement joignables, que ce soit en contexte de chemsex² ou via des applications de rencontre, par exemple. La relation sexuelle entre partenaires anonymes³ ou dont on ignore les informations de prise de contact présente un défi à la notification, qui n'est pas rapporté dans le Guide ITS-MADO.

² Consommation intentionnelle de drogues synthétiques par des hommes gais, bisexuels ou queer et autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH) dans le but de faciliter, prolonger ou intensifier l'expérience sexuelle. Aussi connu sous le nom de *party and play* (PnP).

³ Dans le contexte des interventions de notification, les partenaires anonymes sont ceux dont l'identité (nom et/ou coordonnées) n'est pas connue ou partiellement connue au moment de la ou des relation(s) sexuelle(s). Il s'agit généralement de personnes rencontrées dans des endroits publics (bars, saunas, etc.) ou via des plateformes numériques comme les applications de rencontre. Ces interactions sont souvent ponctuelles, sans continuité relationnelle ni lien émotionnel établi.

Compte tenu de ces limites et du fait que ces lignes directrices datent de 2014, il apparaît nécessaire d'actualiser les connaissances disponibles. Le Comité sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang (CITSS) de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) considère qu'une synthèse des connaissances sur les stratégies efficaces de notification des partenaires exposés à une ITSS offrirait au personnel clinique et de santé publique un éventail d'options mieux adaptées aux besoins de la clientèle et aux réalités des milieux.

2 OBJECTIF, QUESTION DE RECHERCHE PRINCIPALE ET SOUS-QUESTIONS DE RECHERCHE

Cette synthèse des connaissances porte sur les stratégies efficaces en matière de notification des partenaires d'une personne ayant reçu un résultat positif à une ITSS. Elle répond à la question de recherche principale suivante : **Quelles sont les stratégies efficaces mises de l'avant pour notifier les partenaires des personnes ayant reçu un résultat positif à une ITS bactérienne ou au VIH, dans des contextes similaires au Québec?**

De plus, les sous-questions suivantes ont guidé la recherche :

- 1) **Quelles stratégies de notification des partenaires sont les plus efficaces pour joindre, notifier, dépister et traiter les partenaires des personnes ayant reçu un résultat positif à une ITS bactérienne ou au VIH?**
- 2) **Quelles stratégies de notification des partenaires présentent la plus grande acceptabilité auprès des personnes ayant reçu un résultat positif à une ITS bactérienne ou au VIH?**

La question de recherche et les sous-questions ont été formulées par un groupe de travail *ad hoc* rattaché au CITSS, composé de conseillères scientifiques, de médecins spécialistes en santé publique et médecine préventive, d'une infirmière clinicienne, d'une conseillère en soins infirmiers et d'une experte en intervention communautaire. Toutes ces personnes sont impliquées dans des activités ou des travaux liés à la prévention des ITSS. Ce groupe de travail visait principalement l'orientation des travaux de la recension des écrits, ainsi que la révision des résultats préliminaires et du livrable préfinal.

3 MÉTHODOLOGIE

3.1 Recherche documentaire

Cette publication s'inscrit comme une revue des revues. Une recherche documentaire a été effectuée par une bibliothécaire de l'INSPQ le 15 janvier 2025, à la suite de l'élaboration d'un plan de concepts présenté à l'[Annexe 1](#). À cette étape, différentes bases de données ont été consultées : Medline (OVID), Embase (OVID), PsycInfo (OVID), CINAHL Complete (EBSCO), Health Policy Reference Center (EBSCO), Political Science Complete (EBSCO), Psychology and Behavioral Sciences Collection (EBSCO), Public Affairs Index (EBSCO) et SocINDEX with Full Text (EBSCO). Les stratégies de recherche utilisées sont détaillées à l'[Annexe 2](#).

Les articles qui ont été retenus dans cet ouvrage devaient respecter des critères d'inclusion prédéterminés. Les articles sélectionnés devaient :

- Être une revue narrative, une revue systématique ou une méta-analyse (ce choix a été fait pour limiter le nombre de résultats recensés);
- Provenir de pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE);
- Être rédigés en français ou en anglais;
- Être publiés à partir de 2014 (année de parution du Guide ITS-MADO);
- Traiter au moins d'une ITS bactérienne (infection à *Chlamydia trachomatis*, infection à *Neisseria gonorrhoeae*, syphilis et/ou LGV) et/ou de l'infection par le VIH (ce choix a été fait, car ce sont les ITSS pour lesquelles il y a le plus souvent une intervention de la part du personnel clinique et de santé publique en matière de notification des partenaires);
- Traiter de l'efficacité ou de l'acceptabilité de stratégies pour la notification des partenaires des personnes ayant reçu un résultat positif au dépistage d'une ITSS, y compris le TAP.

Un article a été inclus dans cette revue des revues, malgré le fait qu'il ne s'agisse pas d'une revue narrative, systématique ou d'une méta-analyse (Estcourt *et al.*, 2022). En effet, il s'agit d'une étude de développement d'un cadre conceptuel, mais puisque sa méthodologie comporte une revue de la littérature sur des contenus liés à la notification et à la classification des types de partenaires, les personnes autrices de la présente publication ont jugé adéquat de l'inclure au regard de la question de recherche.

Il importe aussi de mentionner que seuls les articles qui abordent le TAP sous l'angle de la notification des partenaires ont été inclus. Ceux qui traitaient de l'opérationnalisation du TAP ou de son application clinique ont été exclus. Le TAP et son implication dans la notification seront davantage décrits dans une section ultérieure. Il importe toutefois de souligner que la section dédiée au TAP ne vise pas à offrir une synthèse exhaustive de son efficacité ou de son acceptabilité. Elle se limite aux articles recensés à partir des mots-clés définis dans la stratégie de recherche.

Les articles qui n'ont pas été retenus dans le cadre de cette revue des revues présentaient au moins l'un de ces critères d'exclusion :

- Recenser plusieurs articles issus de pays qui ne font pas partie de l'OCDE et qui diffèrent du contexte québécois;
- Traiter exclusivement de l'herpès génital, du virus du papillome humain (VPH) ou des hépatites virales, qui ont été exclues de la question de recherche;
- Recenser une majorité de références antérieures à 2014.

Au terme de la recherche documentaire, 391 articles ont été recensés et importés dans le logiciel Zotero. En suivant la méthode PRISMA ([Annexe 3](#)), un premier tri manuel par titre et résumé des articles a été effectué par une des personnes autrices de la publication. Cela a permis d'exclure 373 articles.

Une lecture intégrale des 18 articles restants a été effectuée. Cela a permis d'exclure trois autres articles, car ces derniers ne respectaient pas certains critères d'inclusion. En effet, deux articles ne se sont pas révélés pertinents en matière de notification des partenaires face aux ITSS et un article, pourtant publié en 2023, citait une majorité d'études datant d'avant 2014. Finalement, ce sont 15 articles qui ont été inclus dans cette publication. Un tableau résumant les principales caractéristiques des articles retenus se trouve en [Annexe 4](#) du présent document.

Une revue non systématisée de la littérature grise a été réalisée via la plateforme de recherche Google® le 8 février 2025 (voir l'[Annexe 2](#)). Cette recherche avait comme objectif de repérer des publications qui n'auraient pas été recensées à travers les articles scientifiques des bases de données. Une lecture rapide des résultats n'a permis d'identifier aucune publication supplémentaire pertinente. Comme la recherche documentaire scientifique avait permis de recenser suffisamment d'articles d'intérêt, une recherche plus approfondie de la littérature grise n'a pas été poursuivie.

Une grille de rédaction a été complétée, permettant notamment l'extraction des résultats pertinents.

3.2 Évaluation de la qualité des études

Afin d'apprécier la qualité et la rigueur scientifique des études retenues dans cette publication, les articles ont été examinés avec l'outil d'évaluation critique pour les revues systématiques et les synthèses de connaissances du JBI (Aromataris *et al.*, 2015). L'outil du JBI est présenté à l'[Annexe 5](#). Aucun article n'a été exclu à la suite de leur évaluation avec cet outil. Les principales limites et biais des études retenues sont soulignés dans la [section 6](#) de ce document.

3.3 Révision et relecture

Une révision des tris a été effectuée par une deuxième autrice pour assurer une rigueur scientifique et l'exactitude des résultats. Celle-ci a aussi révisé la grille de rédaction et s'est référée aux articles retenus par le premier auteur pour valider les résultats extraits.

Finalement, quatre personnes ont été invitées à lire et commenter la version préfinale de cette publication en complétant la grille institutionnelle conçue pour la révision par les pairs des publications scientifiques de l'INSPQ (INSPQ, 2020). Ces personnes n'ont pas été impliquées dans l'orientation et la rédaction de ces travaux, mais possèdent des connaissances sur le sujet de la notification des partenaires, des ITSS, de l'IPPAP et/ou de la santé sexuelle. Le contenu, la méthodologie, les constats, les enjeux éthiques, l'efficacité communicationnelle et la qualité de la publication ont été évalués durant ce processus.

Une lecture de validation finale a été effectuée par le groupe de travail *ad hoc* et par les membres du CITSS de l'INSPQ avant la publication de cet ouvrage. Les commentaires ont été pris en considération et la publication finale a été ajustée. Au terme du processus de révision, la publication a été revue une dernière fois par le CITSS en rencontre le 10 juin 2025 et a été considérée prête pour publication.

4 RÉSULTATS

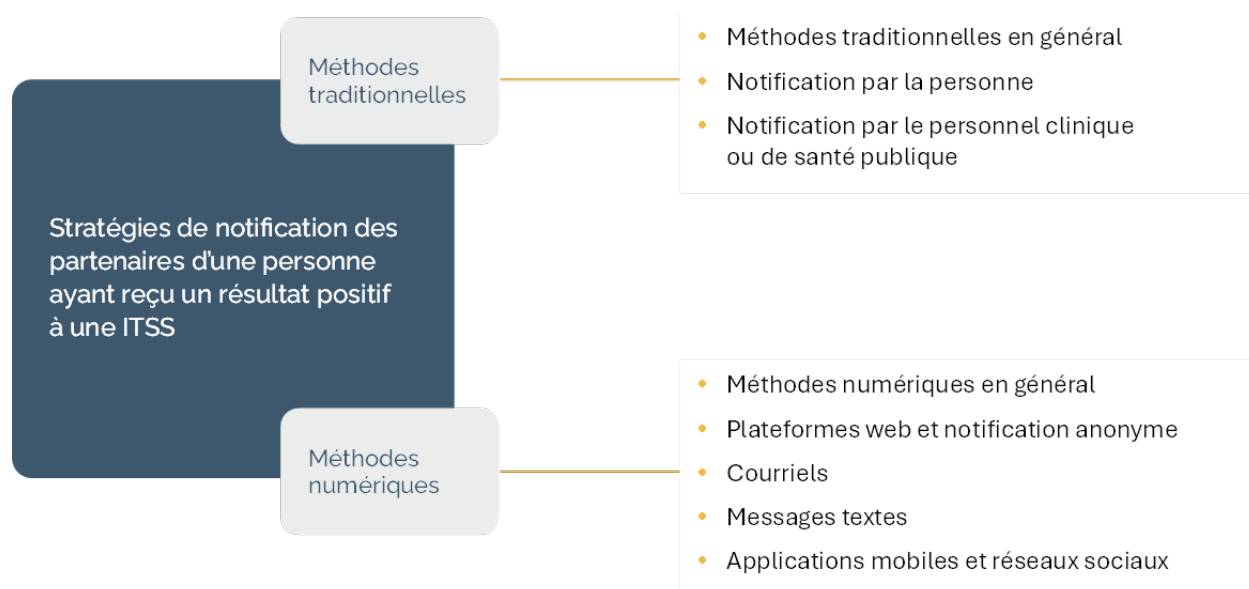
L'analyse documentaire a identifié deux grandes catégories de stratégies de notification des partenaires d'une personne qui reçoit un résultat positif à une ITSS : les méthodes traditionnelles et les méthodes numériques.

Lorsqu'il est question d'utilisation des méthodes traditionnelles, cela concerne soit la notification par la personne elle-même, ou par le personnel de la santé ou de santé publique. Elles comprennent la notification en face à face ou l'appel téléphonique pour la prise de contact et pour l'intervention.

Les méthodes numériques recensées comprennent les plateformes web dédiées à la notification des partenaires (permettant entre autres la notification anonyme), les courriels, les messages textes et les applications mobiles/réseaux sociaux. Elles peuvent être utilisées par la personne ayant reçu un résultat positif à une ITSS ou par le personnel clinique ou de santé publique, selon la situation.

Pour chacune des méthodes (traditionnelles ou numériques), les résultats disponibles de façon générale seront d'abord présentés. Ceci se justifie puisque les études incluses ne précisent pas toujours le type exact de stratégie de notification utilisée, mais les abordent parfois de façon globale. Les sections suivantes approfondiront ensuite les stratégies propres à chaque méthode.

Schématisation de la présentation des principaux résultats



Que ce soit dans les sections générales ou spécifiques aux stratégies de notification, les données d'efficacité et d'acceptabilité seront présentées.

Mesure de l'efficacité de la notification des partenaires

Bien que les définitions de la notification des partenaires varient d'une étude à l'autre (cette notion sera revue dans la [section 6](#)), la mesure de son efficacité se fait généralement à trois moments du processus :

- *Joindre les partenaires*
Ils sont considérés joints lorsque la prise de contact a été initiée, par exemple lorsqu'un appel téléphonique a été fait (même lorsqu'un message a été laissé sur la boîte vocale) ou lorsqu'un message électronique a été envoyé.
- *Notifier les partenaires de leur exposition*
Ils sont considérés notifiés lorsqu'ils confirment avoir été informés de leur exposition à une ITSS. Des études renseignent sur les taux de notification des différentes stratégies. Il est alors généralement question du pourcentage de partenaires considérés notifiés.
- *Dépister et traiter les partenaires*
Quelques études ont regardé la capacité de la notification à les inciter à consulter pour obtenir un dépistage et éventuellement, un traitement si nécessaire.

Mesure d'acceptabilité

L'acceptabilité a été mesurée principalement à partir du point de vue des personnes ayant reçu un résultat positif à une ITSS, mais aussi à partir de celui de personnes susceptibles d'être identifiées comme leurs partenaires.

La majorité des études recensées portent sur des questionnaires qualitatifs où on demande aux personnes participantes ce qu'elles feraient dans des scénarios hypothétiques.

Finalement, l'importance du soutien du personnel clinique et de santé publique pour faciliter la démarche de notification des partenaires, ainsi que la notion d'efficience de ces stratégies seront abordées.

4.1 Méthodes traditionnelles

4.1.1 Les méthodes traditionnelles en général

Efficacité

Ancrées dans les pratiques depuis longtemps, les méthodes traditionnelles (soit la notification par la personne ou par le personnel clinique ou de santé publique, en face à face ou par appel téléphonique) sont des stratégies de notification jugées efficaces.

Les études recensées par Kachur *et al.* (2018) rapportent que les méthodes traditionnelles présentaient un meilleur rendement pour dépister les partenaires que par courriel. Elles ont permis de dépister jusqu'à 95 % des personnes incluses, tandis que l'utilisation des méthodes numériques a permis d'en dépister entre 34 % et 81 %. Ces dernières offraient cependant une probabilité plus élevée de joindre les partenaires.

L'analyse d'études par Martin *et al.* (2025) nous renseigne que les méthodes traditionnelles permettaient de dépister plus de partenaires pour le VIH que les méthodes numériques. Les taux de détection de nouveaux cas de VIH étaient aussi supérieurs quand la notification était initiée par les méthodes traditionnelles comparativement aux messages textes ou courriels (Hossain *et al.*, 2022).

Dans la revue d'études de Pellowski *et al.* (2016), l'appel téléphonique était jugé pratique puisqu'il permettait de joindre des personnes résidant à une distance géographique importante. Il pouvait aussi diminuer les risques de violence anticipée de la part des partenaires. C'est également la stratégie qui reproduisait le mieux la dynamique d'une conversation face à face.

Acceptabilité

Woodward *et al.* (2024) rapportent deux études menées à partir de scénarios hypothétiques sous forme de mises en situation. L'une a démontré que les partenaires préféraient la notification en face à face (53 %), en comparaison à l'utilisation des messages textes (32 %) ou à la notification par le personnel clinique (16 %).

L'autre étudiait les intentions et les préférences en matière de notification de 1 158 hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH). Celle-ci a conclu que 75 % des HARSAH préféraient la notification traditionnelle quand il était question de partenaires « occasionnels », tandis que la proportion s'élevait à 96 % pour les partenaires « réguliers ».

4.1.2 La notification par la personne

Outre celle soutenue par la remise d'une prescription ou d'un médicament dans le cadre d'un TAP, aucun article inclus dans cette revue des revues n'étudiait spécifiquement la notification par la personne qui a reçu un résultat positif à une ITSS. Cette dernière était plutôt présentée à titre de groupe de contrôle dans les études. Elle sera comparée aux méthodes numériques dans une section ultérieure.

La notification par la personne peut impliquer la remise à ses partenaires d'une carte de notification, d'une prescription, d'un médicament ou d'une trousse de prélèvement *et al.*, 2016). Le TAP est ainsi considéré comme une stratégie associée à la notification.

Le TAP est défini comme une variété de méthodes ou de processus permettant d'offrir un traitement aux partenaires sexuels d'une personne ayant reçu un résultat positif à une ITSS, et ce, avant toute évaluation clinique (Fleming et Hogben, 2017; Hansman et Klausner, 2023). Cette dernière informe alors ses partenaires de l'exposition potentielle et leur remet une carte de notification et une prescription ou un médicament. Au Québec, c'est le TAP sous forme de prescription, accompagné d'une carte de notification (voir [Annexe 6](#)) qui est recommandé, notamment en raison de l'existence d'un programme de gratuité des médicaments pour le traitement des ITSS. Ce n'est pas nécessairement le cas dans d'autres pays où se déroulent les études sur le sujet, qui valorisent plutôt la remise du TAP sous forme de médicament.

Au Québec, le TAP est une approche limitée aux infections à *Chlamydia trachomatis* ou à *Neisseria gonorrhoeae* et est réservé aux situations où il est improbable que les partenaires consultent pour un dépistage et un traitement épidémiologique. Les lignes directrices québécoises rappellent que le TAP doit être utilisé en dernier recours chez certains groupes de la population, comme les HARSAH et les personnes enceintes (INSPQ, 2018; MSSS, 2021b).

Efficacité

Dans les études recensées par Hogben *et al.* (2016), les taux de partenaires notifiés grâce au TAP étaient équivalents ou supérieurs à ceux observés avec d'autres méthodes, et la proportion de ceux traités pour une ITSS était systématiquement plus élevée.

Hansman et Klausner (2013) rapportent d'ailleurs que dans les études qu'ils ont examinées, le TAP était plus efficace en termes de nombre de partenaires traités que l'utilisation de certaines plateformes web qui soutiennent la notification.

Des études comparant le TAP à la notification par le personnel clinique ont été recensées. Fleming et Hogben (2017) ont observé que le TAP sous forme de médicament permettait de notifier 57 % des partenaires et d'en traiter 46 %, comparativement à 25 % et 22 % avec la notification effectuée par le personnel clinique. Ensuite, Hansman et Klausner (2023) et Hogben (2016) ont rapporté que le TAP réduisait de 29 % le risque de réinfection et était jugé comme une méthode simple et efficace. Cependant, les résultats étaient mitigés et d'autres études citées par Hansman et Klausner (2023) rapportent qu'on ne pouvait conclure que le TAP était une meilleure stratégie que la notification par la personne qui reçoit un résultat positif à une ITSS soutenue par le personnel clinique.

Justement, Hansman et Klausner (2023) remarquent que l'utilisation du TAP comme moyen de notification devrait être accompagnée d'un certain encadrement de la part du personnel clinique ou de santé publique. Effectivement, quoiqu'il ne s'agisse pas exactement de la définition du TAP mentionnée plus tôt, des études recensées étudiaient le *accelerated partner therapy* ou APT. Il s'agit d'une forme de TAP caractérisée par le fait que les partenaires ont un

contact avec le personnel clinique ou de santé publique avant le début du traitement. Il peut s'agir, par exemple, d'une consultation lors d'un appel téléphonique ou d'une consultation en pharmacie par du personnel infirmier sur place.

Hogben *et al.* (2016) mentionnent que l'APT permettait à plus de partenaires de se faire traiter que la méthode de notification par la personne face à face. Les études recensées par Golden *et al.* (2022) abordaient l'APT en contexte d'infection à *Chlamydia trachomatis* chez des personnes hétérosexuelles. L'APT amenait une diminution légère des réinfections, surtout dans des relations où il y avait une connexion émotionnelle établie, augmentait le nombre de partenaires traités et accélérait leur prise en charge, bien qu'il ait mené à moins de dépistages pour le VIH.

Enfin, la combinaison d'interventions apparaît prometteuse : l'utilisation du TAP sous forme de médicament faisait passer le taux de partenaires traités pour *Chlamydia trachomatis* et *Neisseria gonorrhoeae* de 38 % à 58 %. Par la suite, si le soutien par le personnel clinique à la notification était ajouté à l'intervention, la proportion de partenaires traités augmentait à 65 % (Fleming et Hogben, 2017; Hogben *et al.*, 2016).

4.1.3 La notification par le personnel clinique ou de santé publique

Efficacité

Dans leur revue, Hogben *et al.* (2016) indiquent que la notification par le personnel clinique ou de santé publique était plus efficace que plusieurs autres stratégies, mais beaucoup plus coûteuse. Dans les programmes où ce sont ces personnes qui contactent les partenaires, il fallait généralement quatre à cinq prises de contact pour identifier un cas de syphilis, de *Chlamydia trachomatis* ou de *Neisseria gonorrhoeae*. Pour l'infection par le VIH, jusqu'à neuf prises de contact pouvaient être nécessaires avant d'identifier un cas (Hogben *et al.*, 2016; Peterman et Cha, 2018).

Malgré ces interventions coûteuses, intensifier les efforts de notification par le personnel clinique ou de santé publique pourrait contribuer à réduire l'incidence des ITSS (Hogben *et al.*, 2016). Par exemple, dans l'État de New York aux États-Unis, des analyses portant sur la notification des partenaires exposés à *Neisseria gonorrhoeae* ont montré que le déploiement accru de personnel de santé publique dans les zones à forte prévalence était associé à une diminution de l'incidence de l'infection. Une augmentation du nombre de rencontres dédiées à la notification réalisées avec les partenaires était également associée à une diminution des cas de *Neisseria gonorrhoeae* dans les années suivantes. D'autres études recensées par Hogben *et al.* (2016) soulignent aussi que la tenue d'entretiens soutenus avec les partenaires permettait de comprendre l'épidémiologie des ITSS, d'améliorer la notification et d'optimiser les services qui leur sont offerts.

Les études retenues par Hossain *et al.* (2022) rapportent que la notification par le personnel de santé publique était particulièrement bénéfique lorsqu'il était question de l'infection à *Neisseria gonorrhoeae* et de la syphilis. Une étude démontre toutefois que, pour l'infection à *Chlamydia*

trachomatis, la notification effectuée par la personne pourrait être à prioriser, puisqu'elle menait à une proportion plus élevée de partenaires complétant leur traitement.

Pour l'infection par le VIH, même si elle est coûteuse, la notification par le personnel de santé publique demeurerait une stratégie efficace, notamment en raison des bénéfices à long terme associés à un diagnostic précoce et à l'initiation rapide du traitement (Hogben *et al.*, 2016). Impliquer le personnel de santé publique favorisait également la référence vers des ressources cliniques et augmentait la probabilité que les personnes nouvellement diagnostiquées notifient leurs partenaires (Martin *et al.*, 2025). Une étude contrôlée randomisée effectuée aux États-Unis rapportait d'ailleurs qu'en contexte de VIH, les partenaires avaient plus de chance d'être notifiés lorsqu'une autorité de santé publique était impliquée dans le processus (Peterman et Cha, 2018). Aussi, l'intégration d'une offre de dépistage du VIH en dehors des établissements conventionnels, notamment dans les milieux communautaires ou en travail de proximité, augmentait le nombre de partenaires notifiés se faisant dépister (Martin *et al.*, 2025).

Par ailleurs, pour la syphilis et le VIH, la notification par le personnel clinique en personne donnait de meilleurs résultats que via appel téléphonique (Martin *et al.*, 2025). En revanche, une autre étude rapporte que les partenaires étaient plus susceptibles de se faire dépister lorsque l'appel téléphonique était utilisé plutôt que les méthodes numériques (Woodward *et al.*, 2024).

Enfin, des études de cohortes aux États-Unis rapportées par Hossain *et al.* (2022) indiquent que les programmes de notification aboutissaient à un nombre comparable de nouveaux diagnostics de VIH, qu'ils soient menés par du personnel clinique ou de santé publique, bien que ce dernier parvenait à retracer un plus grand nombre de partenaires (Hossain *et al.*, 2022).

Acceptabilité

Pellowski *et al.* (2016) rapportent qu'un sondage mené auprès d'HARSAH indiquait que 70 % des répondants préféraient que leurs partenaires soient notifiés par le personnel de santé publique, comparativement à 22 % qui privilégiaient une notification effectuée par eux-mêmes

4.2 Méthodes numériques

Les méthodes numériques peuvent être employées par la personne ayant reçu un résultat positif à une ITSS pour informer ses partenaires d'une exposition potentielle. Elles peuvent aussi être utilisées par le personnel clinique ou de santé publique pour initier le contact, en vue d'une notification par téléphone ou ultérieurement, en personne.

4.2.1 Les méthodes numériques en général

Efficacité

L'utilisation des technologies numériques a déjà été étudiée comme moyen d'améliorer ou de remplacer la notification traditionnelle (Hansman et Klausner, 2023). Les *U.S. Centers for Disease*

Control and Prevention (CDC) aux États-Unis les recommande d'ailleurs comme complément aux méthodes traditionnelles (Hochberg *et al.*, 2015).

Hochberg *et al.* (2015) ont recensé des études qui mentionnent que l'utilisation des méthodes numériques avait un taux de notification des partenaires variable entre 34 % et 64 %. Cependant, les taux étaient plus faibles avec l'utilisation des méthodes numériques (50%) en comparaison aux à celles traditionnelles (70 %). Une étude portant sur l'infection par le VIH rapporte à l'inverse que le taux de notification était plus élevé avec les méthodes numériques. Dans cette étude, 34 % des partenaires notifiés sont allés se faire dépister pour le VIH, et 10 % ont obtenu un résultat positif au VIH.

Kachur *et al.*, (2018) rapportent que les méthodes numériques ont permis le diagnostic de nouveaux cas d'ITSS dans plusieurs études. Dans l'une d'elles, l'utilisation des méthodes numériques a permis de notifier et de dépister 71 partenaires, dont 27 % ont reçu un diagnostic de VIH ou de syphilis. Cette proportion était légèrement inférieure à celle observée dans le groupe de contrôle (30 %), où 355 partenaires avaient été notifiés par approche traditionnelle et ensuite dépistés, menant à 106 diagnostics de syphilis ou de VIH.

Woodward *et al.* (2024) rapportent qu'un sondage mené auprès d'HARSAH séronégatifs au VIH indiquait que la notification numérique anonyme les incitait à consulter pour du counseling, un dépistage ou un traitement, si cela s'avérait nécessaire. Toutefois, dans une autre étude où 505 partenaires ont été notifiés par l'entremise d'une plateforme web (dont 444 de manière anonyme) seulement 20 % se sont présentés pour une consultation dans les cliniques désignées par l'étude (Woodward *et al.*, 2024).

Selon les études recensées par Kachur *et al.* (2018), l'utilisation des méthodes numériques permettait de notifier et de dépister plus de partenaires, ainsi qu'à identifier plus de cas d'ITSS comparée aux méthodes traditionnelles. Ces approches permettaient de joindre des partenaires difficiles à contacter et de reprendre contact avec des personnes qui ont été perdues de vue lors de leur suivi médical pour le VIH. La notification numérique offrait aussi un moyen de transmettre de l'information essentielle, soutenant les partenaires dans leurs décisions. Dans ce contexte, l'utilisation des méthodes numériques améliorait les résultats et l'efficacité opérationnelle de certains programmes de notification en comparaison aux méthodes traditionnelles. Elles assuraient ainsi une notification plus rapide, efficace et fiable, tout en répondant au devoir éthique d'avertir en cas d'exposition à une ITSS.

Kocur *et al.* (2024) ont réalisé une revue systématique afin de formuler des recommandations sur les stratégies à mettre en place pour optimiser les méthodes numériques lorsqu'il est question de notification. Les personnes autrices soulignent d'abord que ces options doivent être clairement expliquées à la personne ayant reçu un résultat positif à une ITSS, afin qu'elle puisse choisir la modalité qui correspond le mieux à sa situation. La notification doit en effet se faire au rythme de la personne, dans un contexte approprié et au moment qui lui convient. Le personnel clinique ou de santé publique doit également fournir des instructions précises sur l'utilisation des différentes stratégies numériques de notification.

Ensuite, Kocur *et al.* (2024) mentionnent que leur revue systématique a souligné l'importance que la notification numérique soit intégrée à des systèmes technologiques déjà utilisés et familiers pour les personnes, comme les sites de rencontre, afin d'en assurer la convivialité et l'accessibilité. La notification par voie numérique devrait être simple et facile d'utilisation. Elle devrait répondre aux besoins des personnes ayant reçu un résultat positif à une ITSS et de leurs partenaires. L'accompagnement à la notification devrait prendre en compte les différents types de partenaires à notifier et proposer la notification anonyme. Il devrait également renseigner sur des lieux et des services accessibles pour du dépistage ou traitement et du soutien psychosocial.

Les études recensées par Daher *et al.* (2017) mentionnent que certaines méthodes de notification numérique pouvaient avoir un effet bénéfique sur la fréquentation des cliniques ITSS, l'adhésion au traitement antirétroviral, le changement de comportements moins sécuritaires et l'autonomie des personnes ayant reçu un résultat positif à une ITSS. En effet, cela était attribuable à la possibilité d'offrir, via ces méthodes numériques, des rappels de rendez-vous en cliniques et de prise de médicaments, des campagnes de sensibilisation au dépistage, des applications interactives sur les sujets et des vidéos éducatives.

Finalement, l'analyse d'études de Kocur *et al.* (2024) souligne aussi l'importance que la notification numérique soit vue comme un acte de bienveillance, socialement responsable et acceptable, et qu'elle soit normalisée afin de réduire la stigmatisation associée aux ITSS et au VIH. Un discours positif face à l'intervention devrait être adopté, en mettant de l'avant ses effets bénéfiques pour les communautés, les populations prioritaires, les couples et les personnes.

Acceptabilité

Dans les études recensées par Woodward *et al.* (2024), les personnes recevant un résultat positif à une ITSS appréciaient la notification numérique, parfois même davantage que les approches traditionnelles. Les préférences d'utilisation variaient selon des critères comme la nature de la relation avec les partenaires et la disponibilité des informations de contact. En effet, pour certaines personnes ayant reçu un résultat positif à une ITSS, la notification numérique était à privilégier pour les partenaires occasionnels et ceux exposés dans le cadre du travail du sexe. L'acceptabilité des méthodes numériques pouvait également varier selon l'ITSS concernée. Par exemple, les personnes participantes à une étude rapportaient qu'elles étaient plus susceptibles d'utiliser la notification en personne, face à face, lorsqu'il était question du VIH. Le type de partenaires influençait aussi l'acceptabilité des méthodes numériques.

La notification numérique permet, si désirée, de le faire anonymement. Dans les études retenues de Woodward *et al.* (2024), les personnes qui recevaient un résultat positif à une ITSS préféraient la notification anonyme, mais les partenaires y étaient moins favorables. Même si ceux-ci appréciaient plus la notification par la personne face à face, une grande partie (85 %) avait considéré aller se faire dépister si elle recevait une notification anonyme.

Les études retenues par Daher *et al.* (2017) rapportent que l'acceptabilité des méthodes numériques à des fins de notification était élevée, mais que la faisabilité variait en raison

d'enjeux potentiels de confidentialité. Woodward *et al.* (2024) rapportent aussi ces limites. D'abord, les personnes autrices mentionnent la mauvaise utilisation potentielle des plateformes, notamment la possibilité de création de faux comptes pour nuire à une autre personne. Elles rapportent aussi que certaines personnes notifiées pouvaient remettre en question l'authenticité des messages envoyés par courriels, par messages textes ou sur les applications mobiles et réseaux sociaux et ne pas prendre au sérieux la notification. En plus, des enjeux concernant la confidentialité étaient souvent relevés, par exemple, si un message de notification est lu par une autre personne qui n'est pas concernée par ce dernier. Enfin, il peut s'avérer difficile de retracer des partenaires rencontrés exclusivement sur une application mobile de rencontre si ceux-ci suppriment leur profil de l'application en question, qui sert comme moyen de communication.

Une combinaison des méthodes numériques était aussi bien acceptée, surtout en ce qui concerne l'utilisation d'une plateforme web et l'envoi de messages textes (Daher *et al.*, 2017).

4.2.2 Les plateformes web dédiées à la notification des partenaires et la notification anonyme

Efficacité

Les plateformes web dédiées à la notification figurent parmi les méthodes numériques recensées (Hochberg *et al.*, 2015; Hogben *et al.*, 2016; Kachur *et al.*, 2018). Du personnel de santé publique les a notamment utilisées pour joindre des partenaires lorsque l'information disponible ne permettait pas de procéder à une notification par les méthodes traditionnelles (Hochberg *et al.*, 2015).

Des études rapportent l'utilisation de plateformes web à des fins de notification des partenaires, mais la plupart n'existent plus à l'heure actuelle. Par exemple au Canada et aux États-Unis, *inSPOT* était une plateforme web du domaine public permettant d'envoyer anonymement à ses partenaires, lors d'un risque d'exposition à une ITSS, des cartes numériques de notification. Cette intervention a permis l'envoi de 23 584 cartes de notification de risque d'exposition au VIH en 2006-2007 (Hochberg *et al.*, 2015). Cependant, il semble que cette plateforme n'existe plus.

En Australie, la plateforme axée sur la santé des hommes *Why Test*, proposait d'envoyer des notifications par l'intermédiaire de courriels ou de messages textes. Entre 2007 et 2010, cette initiative a assuré l'envoi de 792 notifications, dont 96% ont été effectuées par messages textes (Hochberg *et al.*, 2015). Cette plateforme ne semble plus exister non plus.

Aux Pays-Bas, une autre plateforme web appelée *SuggestATest* permettait aux personnes ayant reçu un résultat positif à une ITSS de notifier leurs partenaires. Le service offrait la notification par la personne ou assistée par du personnel de santé publique. La plateforme web avait été testée dans deux grandes cliniques du pays. Les personnes ayant reçu un résultat positif à une ITSS recevaient un code afin d'accéder à la plateforme en ligne ainsi qu'à ses services. Il est rapporté que parmi 988 personnes ayant reçu un code d'accès, 458 mentionnaient penser à utiliser le service et 138 ont envoyé une notification à leurs partenaires. Parmi ces dernières, 88% étaient des notifications anonymes et 84 % étaient des notifications par messages textes. Ainsi,

294 partenaires ont reçu une notification, 58 % d'entre eux se sont connectés à la plateforme et au moins 20 % d'entre eux se sont fait dépister (Hochberg *et al.*, 2015). Encore une fois, cette plateforme web ne semble plus disponible.

Présentement, aux États-Unis, le site web *tellyourpartner.org* permet la notification de partenaires (Hansman et Klausner, 2023). Mentionnons qu'au Québec, le *Portail VIH/sida du Québec* (PVSQ) propose aussi un programme de soutien à la notification anonyme des partenaires via une plateforme web (PVSQ, 2025). La notification peut être effectuée par la personne ayant reçu un résultat positif d'ITSS ou par le personnel clinique ou de santé publique. Les données sur l'utilisation et l'efficacité à joindre et notifier des partenaires de ces deux plateformes n'ont pas été recensées dans le cadre de la présente publication.

Selon les travaux de Martin *et al.* (2025), bien que la probabilité d'envoyer un message d'exposition à une ITSS sans confirmation que les partenaires aient reçu l'information (joindre les partenaires) soit plus haute avec les messages textes, la probabilité que les ceux-ci confirment avoir reçu le message qu'ils ont été exposés à une ITSS (notifier les partenaires) était plus élevée avec l'utilisation de plateformes web conçues à cette fin.

Selon les études recensées par Hochberg *et al.* (2015), l'utilisation des plateformes web dédiées à la notification favorisait aussi le réengagement des personnes séropositives au VIH qui avaient été perdues de vue à des suivis dans le réseau de la santé.

Les études rapportées par Hansman et Klausner (2023) soulignent que d'annoncer ce type de plateformes numériques sur d'autres sites web, dans des journaux et à la radio augmentait les taux de messages de notification envoyés à des partenaires sexuels.

Pellowski *et al.* (2016) rapportent cependant qu'une étude comparant la notification en personne par une personne ayant reçu un résultat positif à une ITSS et la réception d'une carte de notification numérique anonyme montrait que davantage de partenaires se faisaient dépister lorsqu'ils étaient avisés en face à face. L'anonymat associé à la carte de notification numérique pourrait expliquer sa moindre efficacité.

Acceptabilité

La notification anonyme via les plateformes web était appréciée chez les HARSAH, mais elle était moins populaire au sein de la population hétérosexuelle (Hogben *et al.*, 2016). Une étude rapporte cependant que les HARSAH étaient plus réceptifs à la notification si elle était effectuée par appel téléphonique que si elle était faite par carte de notification numérique anonyme (Pellowski *et al.*, 2016).

Enfin, dans une autre étude, des HARSAH et des femmes trans ayant reçu un diagnostic récent de VIH étaient favorables à utiliser une plateforme web pour notifier des partenaires qui avaient peu de chance d'être rejoints avec les méthodes traditionnelles (Woodward *et al.*, 2024).

4.2.3 Les courriels

Efficacité

La notification par courriel, généralement initiée par le personnel clinique ou de santé publique, est une méthode de notification qui pouvait aider à augmenter le nombre de cas détectés d'ITSS comme la syphilis et le VIH (Hogben *et al.*, 2016). Elle était souvent considérée comme une méthode de notification de seconde intention, à effectuer lorsque les méthodes traditionnelles n'ont pas été efficaces. L'utilisation des courriels était alors considérée avant de décider de ne plus déployer d'efforts additionnels pour informer les partenaires.

Des études ayant étudié la notification par courriel ont rapporté des taux de réussite entre 26 % et 89 % (Kachur *et al.*, 2018). En Caroline du Nord aux États-Unis, les adresses courriel des partenaires qui n'avaient pu être joints par les méthodes traditionnelles ont été transmises au personnel clinique ou de santé publique, qui a ensuite tenté de les joindre par ce moyen. Ainsi, 230 personnes ont été notifiées par l'entremise de courriels. Dans ce cas précis, lorsque la notification par courriel était impossible, les messages textes avaient été utilisés. Ceci a permis de prendre contact avec 14 autres personnes. Cette intervention a aidé à diagnostiquer 13 nouveaux cas de syphilis et huit nouveaux cas de VIH (Peterman et Cha, 2018).

En ce qui concerne le dépistage, Kachur *et al.* (2018) rapportent deux études. D'abord, dans une étude portant sur le VIH, 69 % des partenaires notifiés par des méthodes traditionnelles ont ensuite été dépistés, comparativement à 34 % lorsque la notification était effectuée par courriel. Dans une autre étude portant sur la syphilis, ce sont 35 % des partenaires qui se sont présentés pour un dépistage de la syphilis après la réception d'une notification par courriel.

En ce qui concerne le traitement, Hossain *et al.* (2022) rapportent que, dans une étude observationnelle, le nombre de personnes atteintes de syphilis ayant au moins une ou un partenaire traité à la suite de la notification avait augmenté lorsque l'utilisation du courriel était combinée aux méthodes traditionnelles, telles que la notification en personne ou par appel téléphonique.

Acceptabilité

Selon des études conduites auprès d'HARSAH et recensées par Pellowski *et al.* (2016), l'inclusion d'hyperliens menant à de l'information sur l'ITSS concernée, et donc la divulgation explicite de l'infection dans le courriel de notification, était jugée acceptable par les personnes ayant reçu un résultat positif à une ITSS. Les hommes séronégatifs au VIH étaient davantage favorables que les hommes séropositifs à l'inclusion, dans le courriel de notification, d'informations sur l'ITSS concernée, d'hyperliens vers des ressources éducatives et des renseignements sur les lieux de dépistage.

4.2.4 Les messages textes

Efficacité

Dans différentes études retenues par Hochberg *et al.* (2015), les messages textes comme moyen de notifier des partenaires ont permis de mener à plusieurs diagnostics d'ITSS, incluant le VIH.

Une étude mentionnée par Hochberg *et al.* (2015) a comparé l'utilisation des messages textes aux méthodes traditionnelles. Les messages textes ont permis de joindre un plus grand nombre de personnes, avec un taux de 77 % contre 69 %, et présentaient également un taux de notification supérieur, soit 82 % comparativement à 65 %. Il est également mentionné dans une autre étude recensée par ces personnes autrices, que 45 % des partenaires notifiés par messages textes se sont ensuite présentés pour un dépistage, et que 5 % de ces dépistages se sont révélés positifs au VIH.

Les études recensées par Kachur *et al.* (2018) rapportent que les messages textes proposaient un meilleur taux de notification (77 %) que les méthodes traditionnelles (69 %) ou que d'autres méthodes numériques comme les courriels et les plateformes web (41 %). Dans une étude retenue de Hogben *et al.* (2016), il est par contre rapporté que le nombre de partenaires qui ont consenti à se faire dépister pour le VIH était plus grand quand la notification avait été effectuée par la personne en face à face que lorsque la notification était effectuée par un message texte ou par le service d'une plateforme web. Effectivement, 45 % des partenaires qui avaient été notifiés par messages textes ont été dépistés pour le VIH, tandis que 69 % des partenaires notifiés par une méthode traditionnelle avaient été dépistés pour le VIH.

Un sondage rapporté Hogben *et al.* (2016) et effectué au Royaume-Uni dans des cliniques de santé sexuelle et de dépistage des ITSS révélait qu'au moins 86 cliniques avaient déjà eu recours à l'utilisation de messages textes pour notifier des partenaires. Le personnel clinique responsable des services de notification privilégiait souvent les messages textes comme deuxième recours lorsque la notification par appel téléphonique n'était pas réussie. Les messages textes envoyés fournissaient les coordonnées de la clinique et invitaient les partenaires à la recontacter, mais ne précisaient pas l'ITSS à laquelle ils avaient été exposés.

En effet, dans plusieurs études, on mentionne que les messages textes, en tant que stratégie de notification par le personnel clinique ou de santé publique, étaient souvent utilisés en deuxième ou troisième intention, après des tentatives de notification par appel téléphonique, par courriels et/ou par plateformes web (Hochberg *et al.*, 2015; Pellowski *et al.*, 2016).

Les partenaires prenaient généralement entre 58 minutes et une journée pour répondre aux messages textes (Kachur *et al.*, 2018 ; Hogben *et al.*, 2016).

Acceptabilité

L'utilisation des messages texte était appréciée par les personnes ayant reçu un résultat positif à une ITSS pour la notification dans les études recensées par Daher *et al.* (2017). Dans la revue de Pellowski *et al.* (2016), cette stratégie était envisagée lorsque la personne ayant reçu un diagnostic d'ITSS ne connaissait pas bien les partenaires à notifier ou si elle n'accordait pas beaucoup d'importance émotionnelle à ces derniers. En Australie, on rapporte que les messages textes ont été utilisés surtout lorsque les personnes ayant reçu un résultat positif à une ITSS avaient plus que deux partenaires sexuels au moment du dépistage (Hogben *et al.*, 2016).

Les messages textes ont aussi été utilisés par des personnes ayant reçu un résultat positif à une ITSS après une première notification par appel téléphonique réussie, afin d'offrir des renseignements écrits sur des lieux de dépistage (Pellowski *et al.*, 2016).

4.2.5 Les applications mobiles et réseaux sociaux

Efficacité

Des applications mobiles, des sites de réseautage, des sites mobiles de rencontres et des médias sociaux ont déjà été utilisés et étudiés à des fins de notification (Hochberg *et al.*, 2015; Kachur *et al.*, 2018). On mentionne que même si les sites de rencontre et les réseaux sociaux n'étaient pas nécessairement utilisés pour la notification en tant que telle, ils pouvaient être utiles à la collecte d'informations démographiques et personnelles pour augmenter les chances de joindre et notifier. En effet, Kachur *et al.* (2018) rapportent que dans une étude, six partenaires ont été localisés grâce aux informations trouvées sur les réseaux sociaux et sur des applications mobiles.

Dans une étude réalisée dans l'État de New York aux États-Unis, du personnel de santé publique a eu recours à des applications mobiles de sites de rencontre, afin de retracer des partenaires lorsque la personne ayant reçu un résultat positif à une ITSS n'avait pas d'information de contact direct. Cette stratégie avait permis de joindre six partenaires (Peterman et Cha, 2018).

Acceptabilité

Même si le recours aux réseaux sociaux n'était pas considéré par toutes et tous comme une méthode réalisable pour la notification, notamment en raison de risques pour la confidentialité, il est tout de même rapporté qu'ils constituent des outils possibles pour soutenir cette démarche. (Daher *et al.*, 2017).

Aussi, chez des HARSAH, on mentionne que ceux-ci étaient confortables à utiliser la notification numérique anonyme via une application mobile si cela était possible, par exemple, par une fonctionnalité ajoutée à un site de rencontre ou un réseau social, mais qu'il ne s'agissait pas nécessairement de leur méthode de préférence (Woodward *et al.*, 2024).

4.3 Le soutien du personnel clinique ou de santé publique à la notification des partenaires

Des articles recensés se sont intéressés à l'importance du soutien que peut offrir le personnel clinique ou de santé publique à la personne ayant reçu un résultat positif à une ITSS, pour que celle-ci avise elle-même ses partenaires.

Des interventions de counseling en santé sexuelle par le personnel clinique ou de santé publique étaient une importante composante à la notification (Hogben *et al.*, 2016). Selon certaines études, un taux de notification plus élevé a été associé au fait de passer plus de temps avec une personne à effectuer du counseling à l'importance de notifier ses partenaires sexuels (Hansman et Klausner, 2023). Cependant, ce moment réservé à renseigner et à favoriser un échange entre le personnel clinique ou de santé publique et une personne ayant reçu un résultat positif à une ITSS aurait ses limites. En effet, d'autres études ont montré qu'il n'y avait pas d'effet sur les partenaires même avec une augmentation de l'éducation et de counseling offert (Hansman et Klausner, 2023).

Selon Hogben *et al.* (2016), les interventions de counseling efficaces avaient besoin d'être interactives et d'inclure des situations hypothétiques, des jeux de rôles et des questions nécessitant des réponses de la personne ayant reçu un résultat positif à une ITSS. Le counseling devait aussi prendre en considération les types de partenaires et les expériences de la personne. Cette dernière devait être en mesure de poser des questions et être incluse dans les décisions liées aux stratégies de notification choisies (Hansman et Klausner, 2023).

Hansman et Klausner (2023) rappellent que la stratégie de notification choisie et l'approche du personnel clinique ou de santé publique pouvaient varier selon les types de partenaires d'une personne ayant reçu un diagnostic d'ITSS. En questionnant sur la relation entretenue, le personnel clinique ou de santé publique était en mesure d'offrir des services plus complets avec plus de chance de réussite. Un outil de classification des partenaires sexuels, développé au Royaume-Uni, a été recensé dans le cadre de la recherche documentaire et pourrait soutenir la notification par la personne (Estcourt *et al.*, 2022). Cet outil est présenté à l'[Annexe 7](#). Il permet d'identifier, de classer et de décrire les caractéristiques des partenaires d'une personne ayant reçu un diagnostic d'ITSS, afin de détailler la nature de la relation entretenue. Il oriente alors la personne ayant reçu un résultat positif à une ITSS et le personnel clinique ou de santé publique sur les choix d'interventions appropriées et pertinentes au contexte en matière de notification. L'outil de classification aide aussi le personnel clinique ou de santé publique à explorer les motivations et l'acceptabilité de la personne face à la notification, à guider le counseling offert et à évaluer le risque de transmission ou de réinfection possible. Estcourt *et al.* (2022) mentionnent que dans le cadre de son étude, le personnel clinique questionné (médecins et personnel infirmier) a apprécié l'outil et était en mesure de l'utiliser de façon convenable dans sa pratique.

4.4 Efficience des stratégies de notification des partenaires

Quelles sont les stratégies efficaces mises de l'avant pour notifier les partenaires des personnes ayant reçu un résultat positif à une ITS bactérienne ou au VIH, dans des contextes similaires au Québec?

La question de recherche principale fait état de la notion d'efficience : utiliser le moins de ressources (humaines et financières) possible, pour un résultat le plus optimal. Dans cette optique, le plan de concepts créé pour la recherche documentaire incorporait les mots « efficience », « efficacité » et « performance » (voir l'[Annexe 1](#)). De plus, dans l'analyse des résultats, l'auteur et l'autrice de la présente publication ont porté une attention particulière aux données de nature économique recensées. Très peu de résultats ont cependant été identifiés.

Considérant l'efficience que les méthodes numériques de notification des partenaires présentent, même s'il n'est pas nécessairement prouvé qu'elles sont toujours plus efficaces, Hansman et Klausner (2023) sont d'avis qu'elles pouvaient être considérées comme des options envisageables. En effet, Hogben *et al.* (2016) mentionnent que l'utilisation des méthodes numériques dans le domaine de la santé sexuelle permettait d'optimiser le temps du personnel.

De plus, Kachur *et al.* (2018) soutiennent que les interventions mobilisant les méthodes numériques ont permis à différents programmes de notification des partenaires d'économiser financièrement. Ceci s'expliquait par le de bris de chaînes de transmission de la syphilis, évitant ainsi de nouveaux cas et les traitements associés. En effet, une étude rapportait une économie de 45 362 \$ USD en 2,5 ans, tandis qu'une autre mentionnait avoir économisé 38 830 \$ USD en un an. Une dernière étude rapportait une économie de 22 795\$ USD en 1,5 an. Les montants sont indiqués en dollars américains de 2016. Il n'y avait pas plus de détails sur les contextes ou façons dont ces économies ont été réalisées, ni sur la portée des programmes évalués.

Enfin, selon Hansman et Klausner (2023), le coût associé au TAP pour un système de santé était moindre comparativement à la notification par le personnel clinique et présenterait un potentiel d'efficience

5 DISCUSSION

En s'appuyant sur les résultats présentés, la pertinence de la notification des partenaires dans les interventions cliniques et de santé publique est démontrée. De nombreuses approches de notification ont mis en évidence leur efficacité pour joindre, notifier, dépister et traiter les partenaires, ainsi que leur acceptabilité.

Il n'est pas possible de répondre précisément aux questions de recherche :

- Quelles sont les stratégies efficaces mises de l'avant pour notifier les partenaires des personnes ayant reçu un résultat positif à une ITS bactérienne ou au VIH, dans des contextes similaires au Québec?
- Quelles stratégies de notification des partenaires sont les plus efficaces pour joindre, notifier, dépister et traiter les partenaires des personnes ayant reçu un résultat positif à une ITS bactérienne ou au VIH?
- Quelles stratégies de notification des partenaires présentent la plus grande acceptabilité auprès des personnes ayant reçu un résultat positif à une ITS bactérienne ou au VIH?

Toutefois, la revue de littérature nous apprend qu'il est essentiel de privilégier une combinaison de stratégies adaptées aux divers contextes et besoins, plutôt que de s'appuyer sur une seule méthode uniformisée. En effet, l'efficacité et l'acceptabilité des approches varient d'une situation à l'autre.

La systématisation des pratiques n'est pas une solution

Les données recensées appuient l'importance d'adapter les méthodes de notification selon certaines composantes situationnelles et contextuelles. En effet, ces résultats mettent en lumière que le contexte spécifique doit avoir un impact sur le choix de la stratégie de notification à envisager, afin que cette dernière soit la plus efficace possible. Ainsi, les résultats appellent à l'adaptation des interventions de notification selon les préférences de la personne (ses réalités, son confort et ses désirs, par exemple), les caractéristiques de la population à laquelle elle appartient (HARSAH, par exemple), le type de partenaire à notifier ou la nature de la relation et l'ITSS impliquée. Puisque l'objectif ultime est que la notification soit réalisée, les préférences des personnes ayant reçu un résultat positif à une ITSS se doivent d'être respectées, dans la mesure du possible. On peut rappeler l'importance de la participation volontaire de la personne ayant reçu un résultat positif à une ITSS au processus de notification, et ce, sans coercition ni préjudice pour elle-même ou ses partenaires (MSSS, 2014).

- Les caractéristiques de la population à laquelle une personne appartient ne doivent pas masquer sa réalité individuelle et ses particularités uniques. En revanche, elles peuvent influencer le choix des stratégies de notification à proposer, selon les résultats recensés dans cette publication. Par exemple, il a été relevé que les HARSAH acceptaient généralement bien les méthodes numériques de notification, notamment la notification anonyme par l'entremise de plateformes web dédiées au service de notification (Woodward *et al.*, 2024 ; Hogben *et al.*,

2016). En revanche, ce type de notification serait moins populaire chez la population hétérosexuelle (Hogben *et al.*, 2016).

- Le type de partenaire ou la nature de la relation semble aussi exercer une influence sur le choix de la stratégie à envisager pour notifier des partenaires. La connexion ou l'engagement émotionnel influencerait la démarche de notification et en tenir compte permettrait d'identifier des stratégies de notification pertinentes à la situation (Golden *et al.*, 2022; Pellowski *et al.*, 2016). Explorer les types de partenaires d'une personne ayant reçu un diagnostic d'ITSS, en évitant les dichotomies traditionnelles de classement des partenaires sexuels (stables vs. occasionnels), pourrait potentiellement permettre de prioriser certaines stratégies de notification et d'en exclure d'autres qui seraient moins adaptées à la situation donnée. Il s'agit d'une composante étudiée par Estcourt *et al.* (2022) avec l'outil de classification du type de partenaire présenté.
- En lien avec l'ITSS concernée, certains résultats divergent, soulignant à nouveau la pertinence d'adapter la notification selon les contextes situationnels. Par exemple, lorsque l'ITSS impliquée est le VIH, les personnes ayant reçu un diagnostic opteraient davantage pour la notification face à face qu'une autre méthode (Woodward *et al.*, 2024). De plus, la notification par le personnel clinique ou de santé publique serait particulièrement efficace quand l'ITSS concernée est le VIH, en raison des bénéfices à long terme d'un diagnostic précoce et de l'offre rapide d'un traitement (Hogben *et al.*, 2016). En revanche, les résultats rapportent que, face à l'infection à *Chlamydia trachomatis*, l'utilisation du TAP pourrait diminuer le risque de réinfection et augmenterait le nombre de partenaires traités (Golden *et al.*, 2022). Selon les résultats, le choix de stratégie de notification pourrait donc être fait en fonction, notamment, de l'ITSS en cause.

Ainsi, une systématisation des pratiques ne semble pas être la meilleure option pour optimiser la notification des partenaires. Considérant que chaque situation diffère, que les contextes et besoins varient, standardiser les pratiques semble probablement peu pertinent. Rappelons qu'au Québec, malgré l'augmentation des ITSS depuis les dernières années et la hausse du besoin de soutien à la notification des partenaires, les ressources humaines sont limitées et souvent elles doivent diviser leur temps pour d'autres activités. L'utilisation des méthodes numériques est aussi variable d'une région à l'autre : parfois non déployée, parfois même interdite. Le milieu dans lequel pratique le personnel clinique ou de santé publique aura aussi inévitablement un impact sur le choix des stratégies de notification à proposer aux personnes ayant reçu un résultat positif à une ITSS. Plutôt que la systématisation des pratiques, une vision de proposition d'un « panier d'options » en matière de stratégies pour la notification semble être plus viable.

Les méthodes traditionnelles : incontournables et bénéfiques

Une autre observation intéressante à propos des résultats recensés concerne l'efficacité des méthodes traditionnelles à des fins de notification. Bien que ces dernières soient plus coûteuses, elles demeuraient efficaces en termes de partenaires notifiés, dépistés et ultimement traités (Kachur *et al.*, 2018; Hossain *et al.*, 2022). Leur utilisation permettrait de dépister plus de partenaires pour le VIH que l'utilisation des méthodes numériques (Martin *et al.*, 2025;

Hossain *et al.*, 2022). Ainsi, il apparaît nécessaire de tenir compte de la pertinence des méthodes traditionnelles, particulièrement lorsque l'ITSS impliquée est le VIH, étant donné son augmentation au Québec depuis les dernières années (INSPQ, 2024).

De plus, les méthodes traditionnelles seraient généralement bien acceptées et appréciées par les personnes ayant reçu un résultat positif à une ITSS et les partenaires impliqués (Woodward *et al.*, 2024). En proposant des stratégies de notification qu'une personne est confortable à utiliser, la notification aurait plus de chance d'être réalisée.

Le soutien du personnel clinique ou de santé publique à la notification demeure également une composante importante. Les interventions de counseling en santé sexuelle qui évaluent les contextes spécifiques à la personne ayant reçu un résultat positif d'ITSS et qui font participer activement cette dernière augmenteraient les taux de notification réalisée (Hogben *et al.*, 2016 ; Hansman et Klausner, 2023).

Pour ajouter, bien qu'il s'agisse d'une mesure d'exception, à utiliser seulement lorsqu'il est improbable que les partenaires consultent, le TAP se démarque des autres méthodes traditionnelles par son potentiel d'efficacité. Le TAP sous forme de prescription, le TAP sous forme de médicament et l'APT sont aussi vus comme des méthodes efficaces et efficaces. En effet, le TAP permettrait de traiter plus de partenaires que d'autres méthodes de notification et de réduire le risque de réinfection des personnes ayant reçu un résultat positif à une ITSS (Hansman et Klausner, 2023; Hogben *et al.*, 2016). Combiner le TAP et le soutien du personnel clinique pourrait être envisagé afin d'augmenter le nombre de partenaires traités (Fleming et Hogben, 2017; Hogben *et al.*, 2016.)

De la reconnaissance à l'optimisation des méthodes numériques

Par rapport aux résultats présentés au sujet des méthodes numériques, il semble y avoir eu peu d'innovation dans la dernière décennie en matière de notification. Les méthodes numériques sont même parfois décrites comme de « nouvelles » méthodes et de « nouvelle génération » (Hochberg *et al.*, 2015 ; Daher *et al.*, 2017). Or, l'utilisation de tels termes pour décrire les courriels, les messages textes et les plateformes web dédiées à la notification pourraient être vue comme questionnable considérant que ces méthodes de communication numérique existent depuis déjà plusieurs années.

Pour continuer, malgré des résultats mitigés, les méthodes numériques ont probablement intérêt à être considérées comme des stratégies légitimes à la notification, qu'elles soient utilisées par la personne ayant reçu un résultat positif à une ITSS ou par le personnel clinique ou de santé publique. Les méthodes numériques présenteraient un potentiel intéressant en termes de notification, de dépistage et de traitement des partenaires (Kachur *et al.*, 2018; Hogben *et al.*, 2016). D'ailleurs, Kocur *et al.* (2024) mentionnent la nécessité de proposer les méthodes numériques de notification aux personnes ayant reçu un résultat positif à une ITSS. En outre, les méthodes numériques seraient susceptibles d'être efficaces, comme il est rapporté dans certaines études (Kachur *et al.*, 2018; Hansman et Klausner, 2023).

Ainsi, il semble pertinent d'explorer la possibilité d'intégrer les méthodes numériques dans les pratiques de notification. Les méthodes numériques peuvent être utilisées seules ou en complément aux méthodes traditionnelles. En raison des coûts plus importants liés à l'utilisation des méthodes traditionnelles, il serait envisageable de ne pas d'emblée mettre en œuvre ces mesures pour tous les partenaires, mais d'explorer les stratégies appropriées à chaque situation et permettent aux personnes de choisir la stratégie qui lui sied le mieux. Les méthodes numériques pourraient aussi être employées en première intention pour des cas considérés moins prioritaires et en deuxième intention, à la suite de tentatives de notification par les méthodes traditionnelles qui n'ont pas fonctionné pour des cas considérés plus complexes ou plus à risque.

À la suite des résultats recensés, il est aussi possible d'avancer que les méthodes numériques présentent certains avantages lorsque comparées aux méthodes traditionnelles. Notamment, certaines méthodes augmenteraient les chances de rejoindre quelqu'un dont on ignore les coordonnées requises pour employer les méthodes traditionnelles. Elles proposeraient aussi un potentiel de réengagement des personnes dans le système de la santé qui avaient été perdues de vue et qui nécessitent un suivi médical, par exemple, une personne vivant avec le VIH qui ne se présente plus à ses rendez-vous de suivi (Hochberg *et al.*, 2015 ; Pellowski *et al.*, 2016). Les méthodes numériques permettent aussi de transmettre de l'information essentielle pouvant aider les partenaires à prendre des décisions informées à propos d'interventions reliées aux ITSS (Kachur *et al.*, 2018). La prise en compte des enjeux de confidentialité liés à l'usage des méthodes numériques (Daher *et al.* 2017; Woodward *et al.*, 2024) demeure néanmoins essentielle.

De plus, on note que les applications mobiles et les réseaux sociaux sont peu étudiés sous l'angle de la notification. Effectivement, il est plutôt recensé que ces stratégies sont utilisées comme des outils pour obtenir des informations démographiques et personnelles de partenaires et pour faciliter la notification réussie (Kachur *et al.*, 2018).

Bien que ces stratégies soient moins bien acceptées par les partenaires (Daher *et al.*, 2017; Woodward *et al.*, 2024), elles offrent une opportunité d'intégrer la notification au sein de systèmes familiers et largement utilisés, tels que les applications de rencontre (Kocur *et al.*, 2024). De plus, les applications mobiles et les réseaux sociaux reflètent les réalités modernes liées à la sexualité, en facilitant la rencontre de partenaires, qu'ils soient anonymes ou non, via des plateformes numériques. Prendre en considération les réalités en matière de sexualité dans les efforts à la notification pourrait permettre d'optimiser les pratiques.

6 LIMITES DES ÉTUDES RETENUES

La méthodologie employée pour cette publication comporte certaines limites. D'abord, seuls les résultats des revues systématiques de la littérature et les méta-analyses étaient inclus dans cet ouvrage. Or, il se pourrait que des résultats intéressants très récents ou même innovants, qui se retrouvaient dans des essais randomisés contrôlés par exemple, aient été omis et auraient permis d'enrichir les résultats. Toutefois, les revues les plus récentes, soit celles de Kocur *et al.* (2024), Woodward *et al.* (2024) et Martin *et al.* (2025) incluaient des études primaires publiées jusqu'en 2022 et 2023.

Certains articles inclus dans cette revue des revues présentaient eux-mêmes des enjeux au niveau de leur méthodologie. Effectivement, à la suite de l'évaluation de la qualité des articles recensés avec l'outil du JBI, on remarque que certains proposent une méthodologie moins robuste que d'autres, voire incomplète, pouvant affecter la validité des résultats recensés notamment des études de Peterman *et al.* (2016) et Peterman *et al.* (2018).

De plus, des possibles biais étaient constatés dans certaines études répertoriées par les personnes autrices nommées dans cette publication. Par exemple, des biais de sélection se retrouvaient dans les études analysées dans les revues par Daher *et al.* (2017) et par Peterman *et al.* (2018) et des biais de confusion se retrouvaient aussi dans des études répertoriées par Daher *et al.* (2017).

En outre, plusieurs études incluses dans les revues sélectionnées de cette publication présentaient des résultats dont la généralisation apporte quelques enjeux. En effet, des études qui traitent de l'acceptabilité des stratégies de notification, comme Woodward *et al.* (2024) et Pellowski *et al.* (2016), reposent sur d'autres études dont les résultats proviennent de scénarios hypothétiques, qui pourraient ainsi différer dans la réalité. D'autres études traitaient parfois de groupes particuliers de la population, tels les HARSAH, ou étaient inscrites dans des contextes socioculturels précis. Les résultats pourraient alors ne pas être nécessairement généralisables à d'autres populations. C'est le cas pour les travaux d'Hochberg *et al.* (2015), Fleming et Hogben (2017), Estcourt *et al.* (2022), Hossain *et al.* (2022), Woodward *et al.* (2024) et Martin *et al.* (2025). Également, des articles retenus dans le cadre de cet ouvrage incluaient eux-mêmes des études à devis expérimental qui pouvaient présenter certaines limites. Effectivement, certaines études avaient de petits échantillons, une durée insuffisante, des pertes de suivi et n'incluaient pas de groupes de contrôle. On peut mentionner Golden *et al.* (2022), Martin *et al.* (2025), Woodward *et al.* (2024) et Daher *et al.* (2017).

Une autre limite pertinente à mentionner telle que rapportée dans la revue systématique de Kachur *et al.* (2018), est le fait que ce n'est pas toute la communauté scientifique qui a la même définition de la notification et d'une notification réussie. Dans certaines études, les partenaires étaient considérés comme notifiés dès l'envoi d'un message électronique ou d'un message laissé sur leur boîte vocale., tandis que dans d'autres, une confirmation de réception était nécessaire pour attester qu'ils avaient bien été informés de leur exposition à une ITSS. Cet enjeu

pourrait ainsi influencer les comparaisons des résultats des méthodes de notification, affectant alors la validité de certains résultats présentés.

Plusieurs des stratégies de notification recensées dans les articles inclus dans cette revue faisaient déjà partie des pratiques énumérées dans le Guide ITS-MADO publié il y a plus de dix ans (MSSS, 2014). Néanmoins, les résultats présentés apportent des données supplémentaires sur l'efficacité et l'acceptabilité des méthodes numériques, peu documentées lors de la publication du Guide ITS-MADO. Ils permettent également de poursuivre la réflexion sur les enjeux liés aux stratégies de notification.

Un manque de littérature qui traite de l'efficacité des stratégies de notification est constaté. Très peu d'articles mentionnaient les aspects économiques et financiers reliés aux stratégies. Il y a donc un besoin d'analyser, de mettre à jour et de comparer les stratégies de notification sous un angle économique, afin d'être en mesure de répondre aux questions liées à l'efficacité des différentes stratégies de notification connues.

7 CONCLUSION

Cette revue des revues a permis de recenser deux grandes catégories de stratégies de notification des partenaires exposés à une ITSS : les méthodes traditionnelles et les méthodes numériques.

Quoique les méthodes traditionnelles (surtout la notification par le personnel clinique ou de santé publique) soient coûteuses, elles seraient plus efficaces et souvent plus appréciées que les méthodes numériques. Toutefois, les méthodes numériques proposent un potentiel d'efficacité et d'intégration intéressant qu'on ne retrouve pas nécessairement avec les méthodes traditionnelles. De plus, cette publication démontre la légitimité de l'utilisation des méthodes numériques pour notifier des partenaires exposés à une ITSS.

On constate le besoin d'évaluer le contexte spécifique de la personne ayant reçu un résultat positif à une ITSS dans le choix de la ou des stratégie(s) de notification. Pour identifier et prioriser des stratégies adaptées à la situation donnée, il s'avère pertinent d'explorer d'abord les préférences de la personne, mais aussi de prendre en considération le type de partenaire ou la nature de la relation ainsi que l'ITSS concernée. Sans occulter sa réalité individuelle et ses spécificités propres, les caractéristiques de la population dont la personne est issue peuvent aussi orienter le choix.

Cette publication met en évidence un manque de littérature en matière d'efficacité des stratégies de notification des partenaires exposés à une ITSS et un certain ralentissement dans le développement ou l'évolution des approches de notification dans la dernière décennie. Certaines limites de la méthodologie présentée dans cette revue doivent être cependant prises en compte.

Cette actualisation des connaissances sur le soutien à la notification des partenaires permet de soutenir la pratique du personnel clinique et de santé publique, et offre « un panier d'options » d'interventions, facilitant ainsi l'adaptation de leur pratique aux besoins de la clientèle et à la réalité de leur milieu. Les résultats présentés dans le cadre de cette synthèse des connaissances peuvent servir de levier aux processus décisionnels des actrices et acteurs clés dans le domaine du soutien à la notification des partenaires et des activités liées à la santé sexuelle de la population québécoise.

Une compréhension plus approfondie des pratiques de notification dans les différentes régions du Québec permettrait d'affiner les stratégies proposées en fonction des divers secteurs d'intervention. L'offre mise en place au sein d'un établissement, ou le « panier d'options », doit s'inscrire dans le respect des règles en vigueur concernant l'utilisation des technologies numériques à cette fin. Une meilleure connaissance du cadre législatif régissant l'usage des technologies numériques par le personnel clinique et de santé publique au Québec faciliterait une définition plus précise des modalités d'application par les décideuses et décideurs.

8 RÉFÉRENCES

- Aromataris, E., Fernandez, R., Godfrey, C., Holly, C., Kahlil, H., et Tungpunkom, P. (2015). Summarizing systematic reviews: methodological development, conduct and reporting of an Umbrella review approach. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 13(2), 132-140. Récupéré de <https://jbi.global/critical-appraisal-tools>
- Centre de collaboration nationale des maladies infectieuses. (2014). Notification aux partenaires par Internet (NPI) des infections transmissibles sexuellement (ITS). Récupéré de https://ccnmi.ca/wp-content/uploads/sites/3/2015/04/factSheetIPN_F.pdf
- Daher, J., Vijh, R., Linthwaite, B., Dave, S., Kim, J., Dheda, K., Peter, T., et Pai, N. P. (2017). Do digital innovations for HIV and sexually transmitted infections work? Results from a systematic review (1996-2017). *BMJ Open*, 7(11), e017604. Embase. Récupéré de : <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017604>
- Estcourt, C. S., Flowers, P., Cassell, J. A., Pothoulaki, M., Vojt, G., Mapp, F., Woode-Owusu, M., Low, N., Saunders, J., Symonds, M., Howarth, A., Wayal, S., Nandwani, R., Brice, S., Comer, A., Johnson, A. M., et Mercer, C. H. (2022). Going beyond regular and casual': Development of a classification of sexual partner types to enhance partner notification for STIs. *Sexually Transmitted Infections*, 98(2), 108 EP - 114. Embase. <https://doi.org/10.1136/sextrans-2020-054846>
- Fleming, E., et Hogben, M. (2017). Assessing Different Partner Notification Methods for Assuring Partner Treatment for Gonorrhea: Looking for the Best Mix of Options. *Journal of Public Health Management et Practice*, 23(3), 247-254. ccm. <https://doi.org/10.1097/PHH.0000000000000458>
- Golden, M. R., Gibbs, J., Woodward, C., et Estcourt, C. S. (2022). Priorities in the implementation of partner services for HIV/STIs in high-income nations: A narrative review of evidence and recommendations. *Sexual health*, 19(4), 309-318. Medline. <https://doi.org/10.1071/SH22060>
- Hansman, E., et Klausner, J. D. (2023). Approach to Managing Sex Partners of People with Sexually Transmitted Infections. *Infectious disease clinics of North America*, 37(2), 405-426. Medline. <https://doi.org/10.1016/j.idc.2023.02.003>
- Hochberg, C. H., Berringer, K., et Schneider, J. A. (2015). Next-generation methods for HIV partner services: A systematic review. *Sexually Transmitted Diseases*, 42(9), 533 EP - 539. Embase. <https://doi.org/10.1097/OLQ.0000000000000335>
- Hogben, M., Collins, D., Hoots, B., et O'Connor, K. (2016). Partner services in sexually transmitted disease prevention programs: A review. *Sexually Transmitted Diseases*, 43(2 Supplement 1), S53 EP-S62. Embase. <https://doi.org/10.1097/OLQ.0000000000000328>
- Hossain, A. D., Jarolimova, J., Elnaïem, A., Huang, C. X., Richterman, A., et Ivers, L. C. (2022). Effectiveness of contact tracing in the control of infectious diseases: A systematic review. *The Lancet Public Health*, 7(3), e259 EP-e273. Embase. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(22\)00001-9](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(22)00001-9)
- Institut national de santé publique du Québec (2018). Traitement accéléré des partenaires pour les infections à Chlamydia trachomatis et à Neisseria gonorrhoeae. Récupéré de : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2355_traitement_accelere_partenaires_chlamydia_t_rachomatis_neisseria_gonorrhoeae.pdf

Institut national de santé publique du Québec (2020). Cadre de référence sur la révision par les pairs des publications scientifiques de l'Institut national de santé publique du Québec. Récupéré de : <https://www.inspq.qc.ca/publications/2686>

Institut national de santé publique du Québec (2024). Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec : année 2022 et projections 2023. Récupéré de <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/3533-infections-transmissibles-sexuellement-2022-projections-2023.pdf>

Kachur, R., Hall, W., Coor, A., Kinsey, J., Collins, D., et Strona, F. V. (2018). The Use of Technology for Sexually Transmitted Disease Partner Services in the United States: A Structured Review. *Sexually transmitted diseases*, 45(11), 707-712. Medline. <https://doi.org/10.1097/OLQ.0000000000000864>

Kocur, W., McLeod, J., Bloch, S. C. M., MacDonald, J. J., Woodward, C., McInnes-Dean, A., Gibbs, J. J., Saunders, J. J., Blandford, A. A., Estcourt, C., et Flowers, P. (2024). Improving digital partner notification for sexually transmitted infections and HIV through a systematic review and application of the Behaviour Change Wheel approach. *Sexual Health* (14485028), 21(2), 1-12. ccm. <https://doi.org/10.1071/SH23168>

Martin, E. G., Myderrizi, A., Kim, H., Schumacher, P., Jeong, S., Gift, T. L., Hutchinson, A. B., Delaney, K. P., et Chesson, H. W. (2025). Disease Intervention Specialist-Delivered Interventions and Other Partner Services for HIV and Sexually Transmitted Infections: A Systematic Review. *American Journal of Preventive Medicine*, 68(1), 182 EP - 203. Embase. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2024.08.004>

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2014). Guide d'intervention : Infections transmissibles sexuellement à déclaration obligatoire. Récupéré de : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2014/14-271-01W.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2019). Soutenir la personne atteinte d'une ITSS pour qu'elle avise ses partenaires : Quatre étapes. Récupéré de <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2019/19-308-07W.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2021a). Carte de notification chlamydia/gonorrhée. Récupérée de : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001060/>

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2021b). Traitement accéléré des partenaires (TAP) pour les infections à Chlamydia Trachomatis (CT) et à Neisseria Gonorrhoeae (NG). Récupéré de <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-328-02W.pdf>

Pellowski, J., Mathews, C., Kalichman, M. O., Dewing, S., Lurie, M. N., et Kalichman, S. C. (2016). Advancing partner notification through electronic communication technology: A review of acceptability and utilization research. *Journal of Health Communication*, 21(6), 629-637. APA PsycInfo. <https://doi.org/10.1080/10810730.2015.1128020>

Peterman, T. A., et Cha, S. (2018). Context-Appropriate Interventions to Prevent Syphilis: A Narrative Review. *Sexually transmitted diseases*, 45(9S Suppl 1), S65-S71. Medline. <https://doi.org/10.1097/OLQ.0000000000000804>

Peterman, T. A., O'Connor, K., Bradley, H. M., Torrone, E. A., et Bernstein, K. T. (2016). Gonorrhea Control, United States, 1972-2015, A Narrative Review. *Sexually transmitted diseases*, 43(12), 725-730. Medline. <https://doi.org/10.1097/OLQ.0000000000000515>

Portail VIH/sida du Québec (PVSQ). (2025). Notification des partenaires. Récupéré de :
<https://pvsq.org/notification-des-partenaires/>

Woodward, C., Bloch, S., McInnes-Dean, A., Lloyd, K. C., McLeod, J., Saunders, J., Flowers, P., Estcourt, C. S.,
et Gibbs, J. (2024). Digital interventions for STI and HIV partner notification: A scoping review. *Sexually
Transmitted Infections*, 100(4), 242 EP - 250. Embase. <https://doi.org/10.1136/sextrans-2023-056097>

ANNEXE 1 PLAN DE CONCEPTS

	CONCEPT 1	CONCEPT 2	CONCEPT 3	CONCEPT 4
Mots clés en anglais	- Strategies - Approaches - Methods - Measures - Programs	- Efficiency - Effectiveness - Cost-effectiveness - Performance	- Partner notification - Exposure notification - Contact notification - Sexual partner notification - Notification technologies - Communication	- Sexually transmitted disease - Sexually transmitted infection - Chlamydia - Chlamydia trachomatis - Gonorrhoeae - Gonococcal infection - Neisseria gonorrhoeae - Syphilis - Treponemal infection - Treponema pallidum - HIV
Mots clés en français	- Stratégies - Approches - Méthodes - Procédures - Programmes	- Efficience - Efficacité - Performance	- Notification des partenaires - Notification de l'exposition - Notification des contacts - Notification des partenaires sexuels - Technologies de notification - Communication	- Infection transmissible sexuellement et par le sang - Chlamydia - Gonorrhée - Syphilis - VIH

ANNEXE 2 STRATÉGIE DE RECHERCHE DÉTAILLÉE

Les stratégies de recherche documentaire effectuées dans les différentes bases de données sont les suivantes :

Stratégie de recherche pour Embase <1974 to 2025 January 14> (Ovid) Interrogée le 2025-01-15

#	Requête	Résultats
1	(effect* or efficacy or efficient or efficiency or success or successful or evaluat* or assessment* or impact* or outcome* or performance* or attainment* or consequence* or influence* or strateg* or approach* or method* or measur* or program* or (comparative? adj2 (research* or study or studies))).ti,ab,kf. or evaluation study/ or exp program evaluation/ or evaluation study/ or comparative effectiveness/	27,180,688
2	contact examination/ or disease notification/ or interpersonal communication/ or medical information/ or ((contact* adj1 (tracing or Investigation* or notification* or examination)) or (Partner* adj1 Notification*) or ((Disease* or Exposure) adj2 (Reporting* or Notification*)) or Communicati*).ti,ab,kf.	701,900
3	sexually transmitted disease/ or ((Sexually adj2 Transmitted) or "STI" or "STIs" or "STDs" or ((venereal or venereal) adj1 diseases)).ti,ab,kf.	87,179
4	Chlamydia infection/ or Chlamydia trachomatis/ or Chlamydia*.ti,ab,kf.	47,661
5	Neisseria gonorrhoeae/ or gonorrhea/ or (Gonococc* or gonorrh*).ti,ab,kf.	38,206
6	syphilis/ or Treponema pallidum/ or treponematosi/ or (Syphilis* or Treponema*).ti,ab,kf.	46,493
7	Human immunodeficiency virus/ or (Human Immunodeficiency or (AIDS adj1 Virus) or "Acquired Immune Deficiency" or "Acquired Immunodeficiency").ti,ab,kf.	244,112
8	or/3-7	392,641
9	1 and 2 and 8	8,366
10	((systematic or state-of-the-art or scoping or literature or umbrella) adj (review* or overview* or assessment*)) or "review* of reviews" or meta-analy* or metaanaly* or ((systematic or evidence) adj1 assess*) or "research evidence" or metasynthe* or meta-synthe*).tw. or systematic review/ or "systematic review (topic)"/ or meta analysis/ or "meta analysis (topic)"/	1,022,041
11	9 and 10	397
12	11 and (french or english).lg.	391
13	..l/ 12 yr=2014-3000	272
14	13 not (conference abstract or preprint).pt.	208
15	(Canada* or Canadi* or Alberta* or Calgary* or Edmonton* or "British Columbia*" or Vancouver* or Victoria* or Manitoba* or Winnipeg* or "New Brunswick*" or Fredericton* or Moncton* or Newfoundland* or "New Foundland*" or Labrador* or "St John*" or "Saint John*" or "Northwest Territor*" or Yellowknife* or "Nova Scotia*" or Halifax* or Dalhousie* or Nunavut* or Igaluit* or Ontario* or Ontarian* or Toronto* or Ottawa* or Hamilton or Queen's or McMaster* or Kingston* or Sudbury* or "Prince Edward Island*" or Charlottetown* or Quebec* or Montreal* or McGill* or Laval* or Sherbrooke* or Nunavik* or Kuujuaq* or Inukjuak* or Puvirnituk* or Saskatchewan* or Saskatoon* or Yukon* or Whitehorse* or America* or USA* or "U.S." or "United States*" or "New York*" or Chicago* or Boston* or "San Francisco*" or "Los Angeles*" or "New Orleans*" or Philadelphia* or Chile* or Mexico* or Europe* or Austria* or Belgium* or "Czech Republic*" or France* or Paris* or Germany* or Berlin* or "Great Britain*" or Ireland* or England* or London* or Scotland* or Wales* or "United Kingdom*" or Greece* or Athens* or Hungary* or Italy* or Rome* or Netherlands* or Luxembourg* or Poland* or Portugal* or Scandinav* or Denmark* or Estonia* or Finland* or Iceland* or Norway* or Sweden* or "Slovak Republic*" or Slovenia* or Spain* or Switzerland* or Turkey* or Israel* or Australia* or "New Zealand*" or Japan* or Korea* or UK or "U.K.").ti,ab,hw,in,kf.	30,928,080

Stratégie de recherche pour Embase <1974 to 2025 January 14> (Ovid)
Interrogée le 2025-01-15

#	Requête	Résultats
16	(afghan* or africa* or albania* or algeria* or angola* or antigua* or barbuda* or argentin* or armenia* or aruba* or azerbaijan* or bahrain* or bangladesh* or bengal* or bangal* or barbados* or barbadian* or bajo or bajans or belarus* or belorus* or byelarus* or byelorus* or belize* or benin* or dahomey or bhutan* or bolivia* or bosnia* or herzegovin* or botswan* or batswan* or bechuanaland* or brazil* or brasil* or bulgaria* or burkina* or burkinese* or upper volta* or burundi* or urundi* or cabo verde* or cape verde* or cambodia* or kampuchea* or khmer* or cameroon* or cameroun* or ubangi shari* or chad* or chile* or china* or chinese or colombia* or comoro* or comore* or comorian* or mayotte* or congo* or zaire* or costa rica* or "cote d'ivoir*" or "cote d' ivoir*" or cote divoir* or cote d ivoir* or ivory coast* or ivorian* or croatia* or cuba or cuban or cubans or "cuba's" or cyprus* or cypriot* or czech* or djibouti* or french somaliland* or dominica* or ecuador* or egypt* or united arab republic* or el salvador* or salvadoran* or guinea* or equatoguinea* or eritrea* or estonia* or eswatini* or swaziland* or swazi* or swati* or ethiopia* or fiji* or gabon* or gabonese* or gabonaise* or gambia* or ((georgia or georgian or georgians) not (atlanta or california or florida)) or ghana* or gibraltar* or greece* or greek* or grecian* or grenada* or grenadian* or guam* or guatemala* or guyana* or guiana* or guyanese* or haiti* or hispaniola* or hondura* or hungary* or hungarian* or india or indonesia* or iran* or iraq* or isle of man* or jamaica* or jordan* or kazakh* or kenya* or karabati* or korea* or kosovo* or kosova* or kyrgyz* or kirgiz* or kirghiz* or laos or lao or laotian* or latvia* or lebanon* or lebanese* or lesotho* or lesothan* or lesothonian* or basutoland* or mosotho* or basotho* or liberia* or libya* or jamahiriya* or lithuania* or macedonia* or madagasca* or malagasy* or malawi* or nyasaland* or malaysia* or malay* federation or maldives* or maldivian* or indian ocean or mali or malian* or "mali's" or malta or maltese* or "malta's" or micronesia* or marshallese* or kiribati* or marshall island* or nauru or nauran or nauruans or "naurian's" or mariana or marianas or palau or paluan* or tuvalu* or mauritania* or mauritan* or mauritius* or mexico* or mexican* or moldova* or moldovia* or mongol* or montenegr* or morocco* or moroccan* or ifni or mozambique* or mozambican* or myanmar* or burma* or burmese or namibia* or nepal* or new caledonia* or netherlands antill* or nicaragua* or niger* or oman or omani or omanis or "oman's" or pakistan* or palestin* or gaza* or west bank* or panama* or paraguay* or peru or peruvian* or "peru's" or philippine* or philipine* or philippine* or philippine* or filipino* or filipina* or poland* or polish or pole or poles or portugal* or portuguese or puerto ric* or romania* or russia* or ussr* or soviet* or rwanda* or rwandese or ruanda* or ruandese or samoa* or navigator island* or pacific island* or polynesia* or "sao tome and principe*" or sao tomean* or santomean* or saudi arabia* or saudi or saudis or senegal* or serbia* or seychell* or sierra leone* or slovak* or sloven* or melanesia* or solomon island* or norfolk island* or somali* or sri lanka* or ceylon* or "saint kitts and nevis*" or "st kitts and nevis*" or kittian* or nevisian* or saint lucia* or st lucia* or saint vincent* or st vincent* or vincentian* or grenadine* or sudan* or surinam* or syria* or tajik* or tadjik* or tadjhik* or tanzania* or tanganyika* or thai* or timor leste* or east timor* or timorese* or togo or togoles* or "togo's" or tonga* or trinidad* or tobago* or tunisia* or turkiy* or turkey* or turk or turks or turkish or turkmen* or uganda* or ukrain* or uruguay* or uzbek* or vanuatu* or new hebrides* or venezuela* or vietnam* or viet nam* or yemen* or yugoslav* or zambia* or zimbabwe* or rhodesia* or arab* countr* or middle east* or global south or sahara* or subsahara* or magreb* or maghrib* or west indies* or caribbean* or central america* or latin america* or south america* or central asia* or north asia* or northern asia* or southeastern asia* or south eastern asia* or southeast asia* or south east asia* or west asia* or western asia* or east europe* or eastern europe* or developing countr* or developing nation* or developing population* or developing world or less developed countr* or less developed nation* or less developed world or lesser developed countr* or lesser	4,099,232

Stratégie de recherche pour Embase <1974 to 2025 January 14> (Ovid)
Interrogée le 2025-01-15

#	Requête	Résultats
17	developed nation* or lesser developed world or under developed countr* or under developed nation* or under developed world or underdeveloped countr* or underdeveloped nation* or underdeveloped world or middle income countr* or middle income nation* or middle income population* or low income countr* or low income nation* or low income population* or lower income countr* or lower income nation* or lower income population* or underserved countr* or underserved nation* or underserved population* or under served population* or under served nation* or under served population* or deprived countr* or deprived population* or high burden countr* or high burden nation* or countdown countr* or countdown nation* or poor countr* or poor nation* or poor population* or poor world or poorer countr* or poorer nation* or poorer population* or poorer world or developing econom* or less developed econom* or underdeveloped econom* or under developed econom* or middle income econom* or low income econom* or lower income econom* or low gdp or low gnp or low gross domestic or low gross national or lower gdp or lower gnp or lower gross domestic or lower gross national or lmic or lmics or third world or lami countr* or transitional countr* or emerging econom* or emerging nation*).ti,ab,hw,kf.	191

Stratégie de recherche pour APA PsycInfo <1806 to January 2025 Week 1> (Ovid)
Interrogée le 2025-01-15

#	Requête	Résultats
1	(effect* or efficacy or efficient or efficiency or success or successful or evaluat* or assessment* or impact* or outcome* or performance* or attainment* or consequence* or influence* or strateg* or approach* or method* or measur* or program* or (comparative? adj2 (research* or study or studies))) .ti,ab,id. or ("Evaluation Studies as Topic" or "Program Evaluation" or "Comparative Effectiveness Research").mh. or evaluation/ or program evaluation/	4,255,822
2	contact tracing/ or communication/ or (Contact Tracing or Disease Notification or Communication or Health Communication).mh. or ((contact* adj1 (tracing or Investigation* or notification* or examination*)) or (Partner* adj1 Notification*) or ((Disease* or Exposure) adj2 (Reporting* or Notification*)) or Communicati*).ti,ab,id.	265,024
3	sexually transmitted diseases/ or "Sexually Transmitted Diseases".mh. or ((Sexually adj2 Transmitted) or "STI" or "STIs" or "STDs" or ((venereal or venereal) adj1 diseas*).ti,ab,id.	13,252
4	(Chlamydia Infections or Chlamydia trachomatis).mh. or Chlamydia*.ti,ab,id.	1,136
5	gonorrhea/ or (Neisseria gonorrhoeae or Gonorrhea).mh. or (Gonococc* or gonorrh*).ti,ab,id.	972
6	syphilis/ or (Syphilis or Treponema pallidum or Treponemal Infections).mh. or (Syphilis* or Treponema*).ti,ab,id.	1,988
7	hiv/ or aids/ or "HIV".mh. or (Human Immunodeficiency or (AIDS adj1 Virus) or "Acquired Immune Deficiency" or "Acquired Immunodeficiency").ti,ab,id.	52,189
8	or/3-7	62,017
9	1 and 2 and 8	2,964
10	((systematic or state-of-the-art or scoping or literature or umbrella) adj (review* or overview* or assessment*)) or "review* of reviews" or meta-analy* or metaanaly* or ((systematic or evidence) adj1 assess*) or "research evidence" or metasynthe* or meta-synthe*).tw. or ("Review Literature as Topic" or Review or "Meta-Analysis as Topic" or "Meta-Analysis" or "systematic review").mh. or ("literature review" or meta analysis or metasynthesis or "systematic review").md. or Meta Analysis/ or Systematic Review/	289,119
11	9 and 10	175
12	11 and (french or english).lg.	171
13	..l/ 12 yr=2014-3000	85
14	(Canada* or Canadi* or Alberta* or Calgary* or Edmonton* or "British Columbia*" or Vancouver* or Victoria* or Manitoba* or Winnipeg* or "New Brunswick*" or Fredericton* or Moncton* or Newfoundland* or "New Foundland*" or Labrador* or "St John*" or "Saint John*" or "Northwest Territor*" or Yellowknife* or "Nova Scotia*" or Halifax* or Dalhousie* or Nunavut* or Igaluit* or Ontario* or Ontarian* or Toronto* or Ottawa* or Hamilton or Queen's or McMaster* or Kingston* or Sudbury* or "Prince Edward Island*" or Charlottetown* or Quebec* or Montreal* or McGill* or Laval* or Sherbrooke* or Nunavik* or Kuujuaq* or Inukjuak* or Puvirnituk* or Saskatchewan* or Saskatoon* or Yukon* or Whitehorse* or America* or USA* or "U.S." or "United States*" or "New York*" or Chicago* or Boston* or "San Francisco*" or "Los Angeles*" or "New Orleans*" or Philadelphia* or Chile* or Mexico* or Europe* or Austria* or Belgium* or "Czech Republic*" or France* or Paris* or Germany* or Berlin* or "Great Britain*" or Ireland* or England* or London* or Scotland* or Wales* or "United Kingdom*" or Greece* or Athens* or Hungary* or Italy* or Rome* or Netherlands* or Luxembourg* or Poland* or Portugal* or Scandinav* or Denmark* or Estonia* or Finland* or Iceland* or Norway* or Sweden* or "Slovak Republic*" or Slovenia* or Spain* or Switzerland* or Turkey* or Israel* or Australia* or "New Zealand*" or Japan* or Korea* or UK or "U.K.").ti,ab,hw,id,in.	4,557,400
15	(afghan* or africa* or albania* or algeria* or angola* or antigua* or barbuda* or argentin* or armenia* or aruba* or azerbaijan* or bahrain* or bangladesh* or bengal* or bangal* or barbados* or barbadian* or bajan or bajans or belarus* or belorus* or byelarus* or byelorus*	560,068

Stratégie de recherche pour APA PsycInfo <1806 to January 2025 Week 1> (Ovid)
Interrogée le 2025-01-15

#	Requête	Résultats
	or belize* or benin* or dahomey or bhutan* or bolivia* or bosnia* or herzegovin* or botswan* or batswan* or bechuanaland* or brazil* or brasil* or bulgaria* or burkina* or burkinese* or upper volta* or burundi* or urundi* or cabo verde* or cape verde* or cambodia* or kampuchea* or khmer* or cameroon* or cameroun* or ubangi shari* or chad* or chile* or china* or chinese or colombia* or comoro* or comore* or comorian* or mayotte* or congo* or zaire* or costa rica* or "cote d'ivoir*" or "cote d' ivoir*" or cote divoir* or cote d ivoir* or ivory coast* or ivorian* or croatia* or cuba or cuban or cubans or "cuba's" or cyprus* or cypriot* or czech* or djibouti* or french somaliland* or dominica* or ecuador* or egypt* or united arab republic* or el salvador* or salvadoran* or guinea* or equatoguinea* or eritrea* or estonia* or eswatini* or swaziland* or swazi* or swati* or ethiopia* or fiji* or gabon* or gabonese* or gabonaise* or gambia* or ((georgia or georgian or georgians) not (atlanta or california or florida)) or ghana* or gibraltar* or greece* or greek* or grecian* or grenada* or grenadian* or guam* or guatemala* or guyana* or guiana* or guyanese* or haiti* or hispaniola* or hondura* or hungary* or hungarian* or india or indonesia* or iran* or iraq* or isle of man* or jamaica* or jordan* or kazakh* or kenya* or karabati* or korea* or kosovo* or kosova* or kyrgyz* or kirgiz* or kirghiz* or laos or lao or laotian* or latvia* or lebanon* or lebanese* or lesotho* or lesothan* or lesothonian* or basutoland* or mosotho* or basotho* or liberia* or libya* or jamahiriya* or lithuania* or macedonia* or madagasca* or malagasy* or malawi* or nyasaland* or malaysia* or malay* federation or maldives* or maldivian* or indian ocean or mali or malian* or "mali's" or malta or maltese* or "malta's" or micronesia* or marshallese* or kiribati* or marshall island* or nauru or nauran or nauruans or "naurian's" or mariana or marianas or palau or paluan* or tuvalu* or mauritania* or mauritan* or mauritius* or mexico* or mexican* or moldova* or moldovia* or mongol* or montenegr* or morocco* or moroccan* or ifni or mozambique* or mozambican* or myanmar* or burma* or burmese or namibia* or nepal* or new caledonia* or netherlands antill* or nicaragua* or niger* or oman or omani or omanis or "oman's" or pakistan* or palestin* or gaza* or west bank* or panama* or paraguay* or peru or peruvian* or "peru's" or philippine* or philipine* or philippine* or philippine* or filipino* or filipina* or poland* or polish or pole or poles or portugal* or portuguese or puerto ric* or romania* or russia* or ussr* or soviet* or rwanda* or rwandese or ruanda* or ruandese or samoa* or navigator island* or pacific island* or polynesia* or "sao tome and principe*" or sao tomean* or santomean* or saudi arabia* or saudi or saudis or senegal* or serbia* or seychell* or sierra leone* or slovak* or sloven* or melanesia* or solomon island* or norfolk island* or somali* or sri lanka* or ceylon* or "saint kitts and nevis*" or "st kitts and nevis*" or kittian* or nevisian* or saint lucia* or st lucia* or saint vincent* or st vincent* or vincentian* or grenadine* or sudan* or surinam* or syria* or tajik* or tadjik* or tadjik* or tanzania* or tanganyika* or thai* or timor leste* or east timor* or timorese* or togo or togoles* or "togo's" or tonga* or trinidad* or tobago* or tunisia* or turkiy* or turkey* or turk or turks or turkish or turkmen* or uganda* or ukraine* or uruguay* or uzbek* or vanuatu* or new hebrides* or venezuela* or vietnam* or viet nam* or yemen* or yugoslav* or zambia* or zimbabwe* or rhodesia* or arab* countr* or middle east* or global south or sahara* or subsahara* or magreb* or maghrib* or west indies* or caribbean* or central america* or latin america* or south america* or central asia* or north asia* or northern asia* or southeastern asia* or south eastern asia* or southeast asia* or south east asia* or west asia* or western asia* or east europe* or eastern europe* or developing countr* or developing nation* or developing population* or developing world or less developed countr* or less developed nation* or less developed world or lesser developed countr* or lesser developed nation* or lesser developed world or under developed countr* or under developed nation* or under developed world or underdeveloped countr* or underdeveloped nation* or underdeveloped world or middle income countr* or middle income nation* or	

Stratégie de recherche pour APA PsycInfo <1806 to January 2025 Week 1> (Ovid)
Interrogée le 2025-01-15

#	Requête	Résultats
16	middle income population* or low income countr* or low income nation* or low income population* or lower income countr* or lower income nation* or lower income population* or underserved countr* or underserved nation* or underserved population* or under served population* or under served nation* or under served population* or deprived countr* or deprived population* or high burden countr* or high burden nation* or countdown countr* or countdown nation* or poor countr* or poor nation* or poor population* or poor world or poorer countr* or poorer nation* or poorer population* or poorer world or developing econom* or less developed econom* or underdeveloped econom* or under developed econom* or middle income econom* or low income econom* or lower income econom* or low gdp or low gnp or low gross domestic or low gross national or lower gdp or lower gnp or lower gross domestic or lower gross national or lmic or lmic* or third world or lami countr* or transitional countr* or emerging econom* or emerging nation*).ti,ab,hw,id.	83

Stratégie de recherche pour CINAHL Complete; Health Policy Reference Center; Political Science Complete; Psychology and Behavioral Sciences Collection; Public Affairs Index; SocINDEX with Full Text (EBSCO)
Interrogée le 2025-01-15

#	Requête	Résultats
S1	TI (effect* OR efficacy OR efficient OR efficiency OR success OR successful OR evaluat* OR assessment* OR impact* OR outcome* OR performance* OR attainment* OR consequence* OR influence* OR strateg* OR approach* OR method* OR measur* OR program* OR (comparative# N2 (research* OR study OR studies))) OR AB (effect* OR efficacy OR efficient OR efficiency OR success OR successful OR evaluat* OR assessment* OR impact* OR outcome* OR performance* OR attainment* OR consequence* OR influence* OR strateg* OR approach* OR method* OR measur* OR program* OR (comparative# N2 (research* OR study OR studies))) OR SU (effect* OR efficacy OR efficient OR efficiency OR success OR successful OR evaluat* OR assessment* OR impact* OR outcome* OR performance* OR attainment* OR consequence* OR influence* OR strateg* OR approach* OR method* OR measur* OR program* OR (comparative# N2 (research* OR study OR studies)))	9,055,635
S2	TI ((contact* N1 (tracing OR Investigation* OR notification* OR examination*)) OR (Partner* N1 Notification*) OR ((Disease* OR Exposure) N2 (Reporting* OR Notification*)) OR Communicati*) OR AB ((contact* N1 (tracing OR Investigation* OR notification* OR examination*)) OR (Partner* N1 Notification*) OR ((Disease* OR Exposure) N2 (Reporting* OR Notification*)) OR Communicati*) OR SU ((contact* N1 (tracing OR Investigation* OR notification* OR examination*)) OR (Partner* N1 Notification*) OR ((Disease* OR Exposure) N2 (Reporting* OR Notification*)) OR Communicati*)	476,506
S3	TI ((Sexually N2 Transmitted) OR STI OR STIs OR STDs OR ((venereal OR venereal) N1 diseases*)) OR AB ((Sexually N2 Transmitted) OR STI OR STIs OR STDs OR ((venereal OR venereal) N1 diseases*)) OR SU ((Sexually N2 Transmitted) OR STI OR STIs OR STDs OR ((venereal OR venereal) N1 diseases*))	45,971
S4	TI (Chlamydia*) OR AB (Chlamydia*) OR SU (Chlamydia*)	10,547
S5	TI (Gonococc* or gonorrh*) OR AB (Gonococc* or gonorrh*) OR SU (Gonococc* or gonorrh*)	8,253
S6	TI (Syphilis* or Treponema*) OR AB (Syphilis* or Treponema*) OR SU (Syphilis* or Treponema*)	10,843
S7	TI ("Human Immunodeficiency" OR (AIDS N1 Virus) OR "Acquired Immune Deficiency" OR "Acquired Immunodeficiency") OR AB ("Human Immunodeficiency" OR (AIDS N1 Virus) OR "Acquired Immune Deficiency" OR "Acquired Immunodeficiency") OR SU ("Human Immunodeficiency" OR (AIDS N1 Virus) OR "Acquired Immune Deficiency" OR "Acquired Immunodeficiency")	52,630
S8	S3 OR S4 OR S5 OR S6 OR S7	108,692
S9	S1 AND S2 AND S8	3,947
S10	TI (((systematic OR state-of-the-art OR scoping OR literature OR umbrella) W0 (review OR reviews OR overview* OR assessment*)) OR "review* of reviews" OR meta-analy* OR metaanaly* OR ((systematic OR evidence) N1 assess*) OR "research evidence" OR metasynthe* OR meta-synthe*) OR AB (((systematic OR state-of-the-art OR scoping OR literature OR umbrella) W0 (review OR reviews OR overview* OR assessment*)) OR "review* of reviews" OR meta-analy* OR metaanaly* OR ((systematic OR evidence) N1 assess*) OR "research evidence" OR metasynthe* OR meta-synthe*) OR KW (((systematic OR state-of-the-art OR scoping OR literature OR umbrella) W0 (review OR reviews OR overview* OR assessment*)) OR "review* of reviews" OR meta-analy* OR metaanaly* OR ((systematic OR evidence) N1 assess*) OR "research evidence" OR metasynthe* OR meta-synthe*) OR SU (((systematic OR state-of-the-art OR scoping OR literature OR umbrella) W0 (review OR reviews OR overview* OR assessment*)) OR "review* of reviews" OR meta-analy* OR metaanaly* OR ((systematic OR evidence) N1 assess*) OR "research evidence" OR metasynthe* OR meta-synthe*)	436,191

Stratégie de recherche pour CINAHL Complete; Health Policy Reference Center; Political Science Complete; Psychology and Behavioral Sciences Collection; Public Affairs Index; SocINDEX with Full Text (EBSCO)

Interrogée le 2025-01-15

#	Requête	Résultats
	metaanaly* OR ((systematic OR evidence) N1 assess*) OR "research evidence" OR metasynthe* OR meta-synthe*)	
S11	S9 AND S10	171
S12	S11 AND LA (french OR english)	167
S13	S12 AND (DT 2014-3000)	116
S14	TI (Canada* OR Canadi* OR Alberta* OR Calgary* OR Edmonton* OR "British Columbia*" OR Vancouver* OR Victoria* OR Manitoba* OR Winnipeg* OR "New Brunswick*" OR Fredericton* OR Moncton* OR Newfoundland* OR "New Foundland*" OR Labrador* OR "St John*" OR "Saint John*" OR "Northwest Territor*" OR Yellowknife* OR "Nova Scotia*" OR Halifax* OR Dalhousie* OR Nunavut* OR Igaluit* OR Ontario* OR Ontarian* OR Toronto* OR Ottawa* OR Hamilton OR Queen's OR McMaster* OR Kingston* OR Sudbury* OR "Prince Edward Island*" OR Charlottetown* OR Quebec* OR Montreal* OR McGill* OR Laval* OR Sherbrooke* OR Nunavik* OR Kuujuaq* OR Inukjuak* OR Puvirnituq* OR Saskatchewan* OR Saskatoon* OR Yukon* OR Whitehorse* OR America* OR USA* OR U.S. OR "United States*" OR "New York*" OR Chicago* OR Boston* OR "San Francisco*" OR "Los Angeles*" OR "New Orleans*" OR Philadelphia* OR Chile* OR Mexico* OR Europe* OR Austria* OR Belgium* OR "Czech Republic*" OR France* OR Paris* OR Germany* OR Berlin* OR "Great Britain*" OR Ireland* OR England* OR London* OR Scotland* OR Wales* OR "United Kingdom*" OR Greece* OR Athens* OR Hungary* OR Italy* OR Rome* OR Netherlands* OR Luxembourg* OR Poland* OR Portugal* OR Scandinav* OR Denmark* OR Estonia* OR Finland* OR Iceland* OR Norway* OR Sweden* OR "Slovak Republic*" OR Slovenia* OR Spain* OR Switzerland* OR Turkey* OR Israel* OR Australia* OR "New Zealand*" OR Japan* OR Korea* OR UK OR U.K.) OR AB (Canada* OR Canadi* OR Alberta* OR Calgary* OR Edmonton* OR "British Columbia*" OR Vancouver* OR Victoria* OR Manitoba* OR Winnipeg* OR "New Brunswick*" OR Fredericton* OR Moncton* OR Newfoundland* OR "New Foundland*" OR Labrador* OR "St John*" OR "Saint John*" OR "Northwest Territor*" OR Yellowknife* OR "Nova Scotia*" OR Halifax* OR Dalhousie* OR Nunavut* OR Igaluit* OR Ontario* OR Ontarian* OR Toronto* OR Ottawa* OR Hamilton OR Queen's OR McMaster* OR Kingston* OR Sudbury* OR "Prince Edward Island*" OR Charlottetown* OR Quebec* OR Montreal* OR McGill* OR Laval* OR Sherbrooke* OR Nunavik* OR Kuujuaq* OR Inukjuak* OR Puvirnituq* OR Saskatchewan* OR Saskatoon* OR Yukon* OR Whitehorse* OR America* OR USA* OR U.S. OR "United States*" OR "New York*" OR Chicago* OR Boston* OR "San Francisco*" OR "Los Angeles*" OR "New Orleans*" OR Philadelphia* OR Chile* OR Mexico* OR Europe* OR Austria* OR Belgium* OR "Czech Republic*" OR France* OR Paris* OR Germany* OR Berlin* OR "Great Britain*" OR Ireland* OR England* OR London* OR Scotland* OR Wales* OR "United Kingdom*" OR Greece* OR Athens* OR Hungary* OR Italy* OR Rome* OR Netherlands* OR Luxembourg* OR Poland* OR Portugal* OR Scandinav* OR Denmark* OR Estonia* OR Finland* OR Iceland* OR Norway* OR Sweden* OR "Slovak Republic*" OR Slovenia* OR Spain* OR Switzerland* OR Turkey* OR Israel* OR Australia* OR "New Zealand*" OR Japan* OR Korea* OR UK OR U.K.) OR SU (Canada* OR Canadi* OR Alberta* OR Calgary* OR Edmonton* OR "British Columbia*" OR Vancouver* OR Victoria* OR Manitoba* OR Winnipeg* OR "New Brunswick*" OR Fredericton* OR Moncton* OR Newfoundland* OR "New Foundland*" OR Labrador* OR "St John*" OR "Saint John*" OR "Northwest Territor*" OR Yellowknife* OR "Nova Scotia*" OR Halifax* OR Dalhousie* OR Nunavut* OR Igaluit* OR Ontario* OR Ontarian* OR Toronto* OR Ottawa* OR Hamilton OR Queen's OR McMaster* OR Kingston* OR Sudbury* OR "Prince Edward Island*" OR Charlottetown* OR Quebec* OR Montreal* OR McGill* OR Laval* OR Sherbrooke* OR Nunavik* OR Kuujuaq* OR Inukjuak* OR Puvirnituq* OR Saskatchewan* OR Saskatoon* OR Yukon* OR Whitehorse* OR America* OR USA* OR U.S. OR "United States*" OR "New York*" OR Chicago* OR Boston* OR "San Francisco*" OR "Los Angeles*" OR "New Orleans*" OR Philadelphia* OR Chile* OR Mexico* OR Europe* OR Austria* OR Belgium* OR "Czech Republic*" OR France* OR Paris* OR Germany* OR Berlin* OR "Great Britain*" OR Ireland* OR England* OR London* OR Scotland* OR Wales* OR "United Kingdom*" OR Greece* OR Athens* OR Hungary* OR Italy* OR Rome* OR Netherlands* OR Luxembourg* OR Poland* OR Portugal* OR Scandinav* OR Denmark* OR Estonia* OR Finland* OR Iceland* OR Norway* OR Sweden* OR "Slovak Republic*" OR Slovenia* OR Spain* OR Switzerland* OR Turkey* OR Israel* OR Australia* OR "New Zealand*" OR Japan* OR Korea* OR UK OR U.K.) OR SU	5,476,176

Stratégie de recherche pour CINAHL Complete; Health Policy Reference Center; Political Science Complete; Psychology and Behavioral Sciences Collection; Public Affairs Index; SocINDEX with Full Text (EBSCO)

Interrogée le 2025-01-15

#	Requête	Résultats
S14	OR Yellowknife* OR "Nova Scotia*" OR Halifax* OR Dalhousie* OR Nunavut* OR Iqaluit* OR Ontario* OR Ontarian* OR Toronto* OR Ottawa* OR Hamilton OR Queen's OR McMaster* OR Kingston* OR Sudbury* OR "Prince Edward Island*" OR Charlottetown* OR Quebec* OR Montreal* OR McGill* OR Laval* OR Sherbrooke* OR Nunavik* OR Kuujuaq* OR Inukjuak* OR Puvirnituq* OR Saskatchewan* OR Saskatoon* OR Yukon* OR Whitehorse* OR America* OR USA* OR U.S. OR "United States*" OR "New York*" OR Chicago* OR Boston* OR "San Francisco*" OR "Los Angeles*" OR "New Orleans*" OR Philadelphia* OR Chile* OR Mexico* OR Europe* OR Austria* OR Belgium* OR "Czech Republic*" OR France* OR Paris* OR Germany* OR Berlin* OR "Great Britain*" OR Ireland* OR England* OR London* OR Scotland* OR Wales* OR "United Kingdom*" OR Greece* OR Athens* OR Hungary* OR Italy* OR Rome* OR Netherlands* OR Luxembourg* OR Poland* OR Portugal* OR Scandinav* OR Denmark* OR Estonia* OR Finland* OR Iceland* OR Norway* OR Sweden* OR "Slovak Republic*" OR Slovenia* OR Spain* OR Switzerland* OR Turkey* OR Israel* OR Australia* OR "New Zealand*" OR Japan* OR Korea* OR UK OR U.K.)	
S15	TI (afghan* OR africa* OR albania* OR algeria* OR angola* OR antigua* OR barbuda* OR argentin* OR armenia* OR aruba* OR azerbaijan* OR bahrain* OR bangladesh* OR bengal* OR bangal* OR barbados* OR barbadian* OR bajan OR bajans OR belarus* OR belorus* OR byelarus* OR byelorus* OR belize* OR benin* OR dahomey OR bhutan* OR bolivia* OR bosnia* OR herzegovin* OR botswan* OR batswan* OR bechuanaland* OR brazil* OR brasil* OR bulgaria* OR burkina* OR burkinese* OR "upper volta*" OR burundi* OR urundi* OR "cabo verde*" OR "cape verde*" OR cambodia* OR kampuchea* OR khmer* OR cameroon* OR cameroun* OR "ubangi shari*" OR chad* OR chile* OR china* OR chinese OR colombia* OR comoro* OR comore* OR comorian* OR mayotte* OR congo* OR zaire* OR "costa rica*" OR "cote d'ivoir*" OR "cote d'ivoir*" OR "cote divoir*" OR "cote d ivoir*" OR "ivory coast*" OR ivorian* OR croatia* OR cuba OR cuban OR cubans OR cuba's OR cyprus* OR cypriot* OR czech* OR djibouti* OR "french somaliland*" OR dominica* OR ecuador* OR egypt* OR "united arab republic*" OR "el salvador*" OR salvadoran* OR guinea* OR equatoguinea* OR eritrea* OR estonia* OR eswatini* OR swaziland* OR swazi* OR swati* OR ethiopia* OR fiji* OR gabon* OR gabonese* OR gabonaise* OR gambia* OR ((georgia OR georgian OR georgians) NOT (atlanta OR california OR florida)) OR ghana* OR gibraltar* OR greece* OR greek* OR grecian* OR grenada* OR grenadian* OR guam* OR guatemala* OR guyana* OR guiana* OR guyanese* OR haiti* OR hispaniola* OR hondura* OR hungary* OR hungarian* OR india OR indonesia* OR iran* OR iraq* OR "isle of man*" OR jamaica* OR jordan* OR kazakh* OR kenya* OR karabati* OR korea* OR kosovo* OR kosova* OR kyrgyz* OR kirgiz* OR kirghiz* OR laos OR lao OR laotian* OR latvia* OR lebanon* OR lebanese* OR lesotho* OR lesothan* OR lesothonian* OR basutoland* OR mosotho* OR basotho* OR liberia* OR libya* OR jamahiriya* OR lithuania* OR macedonia* OR madagasca* OR malagasy* OR malawi* OR nyasaland* OR malaysia* OR "malay* federation" OR maldives* OR maldivian* OR "indian ocean" OR mali OR malian* OR mali's OR malta OR maltese* OR malta's OR micronesia* OR marshall* OR kiribati* OR "marshall island*" OR nauru OR nauran OR nauruans OR naurian's OR mariana OR marianas OR palau OR paluan* OR tuvalu* OR mauritania* OR mauritan* OR mauritius* OR mexico* OR mexican* OR moldova* OR moldovia* OR mongol* OR montenegr* OR morocco* OR moroccan* OR	2,210,579

Stratégie de recherche pour CINAHL Complete; Health Policy Reference Center; Political Science Complete; Psychology and Behavioral Sciences Collection; Public Affairs Index; SocINDEX with Full Text (EBSCO)

Interrogée le 2025-01-15

#	Requête	Résultats
	ifni OR mozambique* OR mozambican* OR myanmar* OR burma* OR burmese OR namibia* OR nepal* OR "new caledonia*" OR "netherlands antill*" OR nicaragua* OR niger* OR oman OR omani OR omanis OR oman's OR pakistan* OR palestin* OR gaza* OR "west bank*" OR panama* OR paraguay* OR peru OR peruvian* OR peru's OR philippine* OR philipine* OR philippine* OR philippine* OR filipino* OR filipina* OR poland* OR polish OR pole OR poles OR portugal* OR portuguese OR "puerto ric*" OR romania* OR russia* OR ussr* OR soviet* OR rwanda* OR rwandese OR ruanda* OR ruandese OR samoa* OR "navigator island*" OR "pacific island*" OR polynesia* OR "sao tome and principe*" OR "sao tomean*" OR santomean* OR "saudi arabia*" OR saudi OR saudis OR senegal* OR serbia* OR seychell* OR "sierra leone*" OR slovak* OR sloven* OR melanesia* OR "solomon island*" OR "norfolk island*" OR somali* OR "sri lanka*" OR ceylon* OR "saint kitts and nevis*" OR "st kitts and nevis*" OR kittian* OR nevisian* OR "saint lucia*" OR "st lucia*" OR "saint vincent*" OR "st vincent*" OR vincentian* OR grenadine* OR sudan* OR surinam* OR syria* OR tajik* OR tadjik* OR tadjik* OR tanzania* OR tanganyika* OR thai* OR "timor leste*" OR "east timor*" OR timorese* OR togo OR togoles* OR togo's OR tonga* OR trinidad* OR tobago* OR tunisia* OR turkiy* OR turkey* OR turk OR turks OR turkish OR turkmen* OR uganda* OR ukrain* OR uruguay* OR uzbek* OR vanuatu* OR "new hebrides*" OR venezuela* OR vietnam* OR "viet nam*" OR yemen* OR yugoslav* OR zambia* OR zimbabwe* OR rhodesia* OR "arab* countr*" OR "middle east*" OR "global south" OR sahara* OR subsahara* OR magreb* OR maghrib* OR "west indies*" OR caribbean* OR "central america*" OR "latin america*" OR "south america*" OR "central asia*" OR "north asia*" OR "northern asia*" OR "southeastern asia*" OR "south eastern asia*" OR "southeast asia*" OR "south east asia*" OR "west asia*" OR "western asia*" OR "east europe*" OR "eastern europe*" OR "developing countr*" OR "developing nation*" OR "developing population*" OR "developing world" OR "less developed countr*" OR "less developed nation*" OR "less developed world" OR "lesser developed countr*" OR "lesser developed nation*" OR "lesser developed world" OR "under developed countr*" OR "under developed nation*" OR "under developed world" OR "underdeveloped countr*" OR "underdeveloped nation*" OR "underdeveloped world" OR "middle income countr*" OR "middle income nation*" OR "middle income population*" OR "low income countr*" OR "low income nation*" OR "low income population*" OR "lower income countr*" OR "lower income nation*" OR "lower income population*" OR "underserved countr*" OR "underserved nation*" OR "underserved population*" OR "under served population*" OR "under served nation*" OR "under served population*" OR "deprived countr*" OR "deprived population*" OR "high burden countr*" OR "high burden nation*" OR "countdown countr*" OR "countdown nation*" OR "poor countr*" OR "poor nation*" OR "poor population*" OR "poor world" OR "poorer countr*" OR "poorer nation*" OR "poorer population*" OR "poorer world" OR "developing econom*" OR "less developed econom*" OR "underdeveloped econom*" OR "under developed econom*" OR "middle income econom*" OR "low income econom*" OR "lower income econom*" OR "low gdp" OR "low gnp" OR "low gross domestic" OR "low gross national" OR "lower gdp" OR "lower gnp" OR "lower gross domestic" OR "lower gross national" OR Imic OR Imics OR "third world" OR "lami countr*" OR "transitional countr*" OR "emerging econom*" OR "emerging nation*") OR SU (afghan* OR africa* OR albania* OR algeria* OR angola* OR antigua* OR barbuda* OR argentin* OR armenia* OR aruba* OR azerbaijan* OR bahrain* OR bangladesh* OR bengal* OR bangal* OR barbados* OR barbadian* OR bajan OR bajans OR belarus* OR belorus* OR byelarus* OR byelorus* OR belize* OR benin* OR dahomey OR bhutan* OR bolivia* OR bosnia* OR herzegovin* OR botswan* OR batswan* OR bechuanaland* OR brazil* OR brasil*	

Stratégie de recherche pour CINAHL Complete; Health Policy Reference Center; Political Science Complete; Psychology and Behavioral Sciences Collection; Public Affairs Index; SocINDEX with Full Text (EBSCO)

Interrogée le 2025-01-15

#	Requête	Résultats
	OR bulgaria* OR burkina* OR burkinese* OR "upper volta*" OR burundi* OR urundi* OR "cabo verde*" OR "cape verde*" OR cambodia* OR kampuchea* OR khmer* OR cameroon* OR cameroun* OR "ubangi shari*" OR chad* OR chile* OR china* OR chinese OR colombia* OR comoro* OR comore* OR comorian* OR mayotte* OR congo* OR zaire* OR "costa rica*" OR "cote d'ivoir*" OR "cote d'ivoir*" OR "cote d'ivoir*" OR "cote d'ivoir*" OR "ivory coast*" OR ivorian* OR croatia* OR cuba OR cuban OR cubans OR cuba's OR cyprus* OR cypriot* OR czech* OR djibouti* OR "french somaliland*" OR dominica* OR ecuador* OR egypt* OR "united arab republic*" OR "el salvador*" OR salvadoran* OR guinea* OR equatoguinea* OR eritrea* OR estonia* OR eswatini* OR swaziland* OR swazi* OR swati* OR ethiopia* OR fiji* OR gabon* OR gabonese* OR gabonaise* OR gambia* OR ((georgia OR georgian OR georgians) NOT (atlanta OR california OR florida)) OR ghana* OR gibraltar* OR greece* OR greek* OR grecian* OR grenada* OR grenadian* OR guam* OR guatemala* OR guyana* OR guiana* OR guyanese* OR haiti* OR hispaniola* OR hondura* OR hungary* OR hungarian* OR india OR indonesia* OR iran* OR iraq* OR "isle of man*" OR jamaica* OR jordan* OR kazakh* OR kenya* OR karabati* OR korea* OR kosovo* OR kosova* OR kyrgyz* OR kirgiz* OR kirghiz* OR laos OR lao OR laotian* OR latvia* OR lebanon* OR lebanese* OR lesotho* OR lesothan* OR lesothonian* OR basutoland* OR mosotho* OR basotho* OR liberia* OR libya* OR jamahiriya* OR lithuania* OR macedonia* OR madagascar* OR malagasy* OR malawi* OR nyasaland* OR malaysia* OR "malay* federation" OR maldives* OR maldivian* OR "indian ocean" OR mali OR malian* OR mali's OR malta OR maltese* OR malta's OR micronesia* OR marshallese* OR kiribati* OR "marshall island*" OR nauru OR nauran OR nauruans OR naurian's OR mariana OR marianas OR palau OR paluan* OR tuvalu* OR mauritania* OR mauritan* OR mauritius* OR mexico* OR mexican* OR moldova* OR moldovia* OR mongol* OR montenegr* OR morocco* OR moroccan* OR ifni OR mozambique* OR mozambican* OR myanmar* OR burma* OR burmese OR namibia* OR nepal* OR "new caledonia*" OR "netherlands antill*" OR nicaragua* OR niger* OR oman OR omani OR omanis OR oman's OR pakistan* OR palestin* OR gaza* OR "west bank*" OR panama* OR paraguay* OR peru OR peruvian* OR peru's OR philippine* OR philippine* OR philippine* OR philippine* OR filipino* OR filipina* OR poland* OR polish OR pole OR poles OR portugal* OR portuguese OR "puerto ric*" OR romania* OR russia* OR ussr* OR soviet* OR rwanda* OR rwandese OR ruanda* OR ruandese OR samoa* OR "navigator island*" OR "pacific island*" OR polynesia* OR "sao tome and principe*" OR "sao tomean*" OR santomean* OR "saudi arabia*" OR saudi OR saudis OR senegal* OR serbia* OR seychell* OR "sierra leone*" OR slovak* OR sloven* OR melanesia* OR "solomon island*" OR "norfolk island*" OR somali* OR "sri lanka*" OR ceylon* OR "saint kitts and nevis*" OR "st kitts and nevis*" OR kittian* OR nevisian* OR "saint lucia*" OR "st lucia*" OR "saint vincent*" OR "st vincent*" OR vincentian* OR grenadine* OR sudan* OR surinam* OR syria* OR tajik* OR tadjik* OR tadzhik* OR tanzania* OR tanganyika* OR thai* OR "timor leste*" OR "east timor*" OR timorese* OR togo OR togoles* OR togo's OR tonga* OR trinidad* OR tobago* OR tunisia* OR turkiy* OR turkey* OR turk OR turks OR turkish OR turkmen* OR uganda* OR ukrain* OR uruguay* OR uzbek* OR vanuatu* OR "new hebrides*" OR venezuela* OR vietnam* OR "viet nam*" OR yemen* OR yugoslav* OR zambia* OR zimbabwe* OR rhodesia* OR "arab* countr*" OR "middle east*" OR "global south" OR sahara* OR subsahara* OR magreb* OR maghrib* OR "west indies*" OR caribbean* OR "central america*" OR "latin america*" OR "south america*" OR "central asia*" OR "north asia*" OR "northern asia*" OR "southeastern asia*" OR "south eastern asia*" OR "southeast asia*" OR "south east asia*" OR "west asia*" OR "western asia*" OR "east europe*" OR "eastern europe*" OR "developing countr*" OR "developing nation*" OR "developing	

Stratégie de recherche pour CINAHL Complete; Health Policy Reference Center; Political Science Complete; Psychology and Behavioral Sciences Collection; Public Affairs Index; SocINDEX with Full Text (EBSCO)

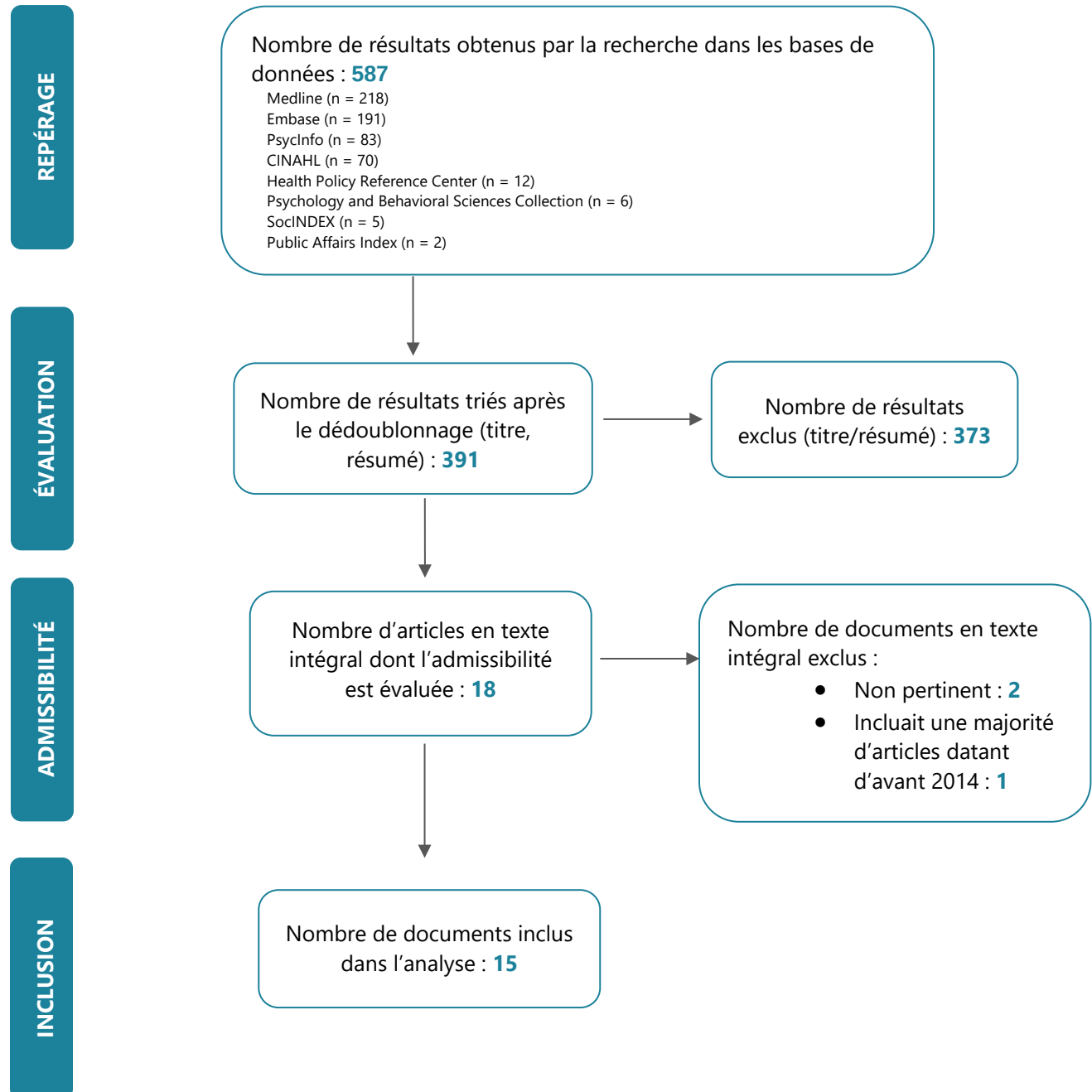
Interrogée le 2025-01-15

#	Requête	Résultats
	population*" OR "developing world" OR "less developed countr*" OR "less developed nation*" OR "less developed world" OR "lesser developed countr*" OR "lesser developed nation*" OR "lesser developed world" OR "under developed countr*" OR "under developed nation*" OR "under developed world" OR "underdeveloped countr*" OR "underdeveloped nation*" OR "underdeveloped world" OR "middle income countr*" OR "middle income nation*" OR "middle income population*" OR "low income countr*" OR "low income nation*" OR "low income population*" OR "lower income countr*" OR "lower income nation*" OR "lower income population*" OR "underserved countr*" OR "underserved nation*" OR "underserved population*" OR "under served population*" OR "under served nation*" OR "under served population*" OR "deprived countr*" OR "deprived population*" OR "high burden countr*" OR "high burden nation*" OR "countdown countr*" OR "countdown nation*" OR "poor countr*" OR "poor nation*" OR "poor population*" OR "poor world" OR "poorer countr*" OR "poorer nation*" OR "poorer population*" OR "poorer world" OR "developing econom*" OR "less developed econom*" OR "underdeveloped econom*" OR "under developed econom*" OR "middle income econom*" OR "low income econom*" OR "lower income econom*" OR "low gdp" OR "low gnp" OR "low gross domestic" OR "low gross national" OR "lower gdp" OR "lower gnp" OR "lower gross domestic" OR "lower gross national" OR Imic OR Imics OR "third world" OR "lami countr*" OR "transitional countr*" OR "emerging econom*" OR "emerging nation*")	
S16	S13 NOT (S15 NOT S14)	95

Google® (Littérature grise) :

"partner notification AND program OR practice AND std OR sti OR stbbi OR hiv"

ANNEXE 3 RÉSULTATS DE LA REVUE DE LITTÉRATURE PRÉSENTÉS EN ORGANIGRAMME DE TYPE PRISMA



ANNEXE 4 RÉSUMÉ DES PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES DES ÉTUDES RETENUES

Résumé des principales caractéristiques des études retenues					
Référence	Devis de recherche	Nombre d'articles inclus dans la revue	Pays des études recensées	Populations à l'étude	Thématiques principales étudiées
Daher <i>et al.</i> (2017)	Revue systématique	99 (15 quantitatives, 84 narratives)	Variés, Amérique/Europe et Afrique/Asie	Variées	Efficacité des méthodes numériques à l'égard du VIH et des ITSS
Estcourt <i>et al.</i> (2022)	Mixte, incluant une revue de la littérature	Non spécifié	Non spécifiés	Non spécifiées	Classification des types de partenaires pour faciliter la notification
Fleming et Hogben (2017)	Analyse de données issues d'une revue de la littérature	12	États-Unis	Non spécifiées	Efficacité des approches de notification des partenaires
Golden <i>et al.</i> (2022)	Revue narrative	Non spécifié	Non spécifiés	Non spécifiées	Interventions générales de notification des partenaires
Hansman et Klausner (2023)	Revue narrative	Non spécifié	Non spécifiés	Non spécifiées	Interventions générales de notification des partenaires
Hochberg <i>et al.</i> (2015)	Revue systématique	7	États-Unis Pays-Bas Australie	Principalement HARSAH	Efficacité des méthodes numériques à l'égard du VIH
Hogben <i>et al.</i> (2016)	Revue systématisée	9 revues systématiques	Variés, mais principalement États-Unis	Variées	Interventions générales de notification des partenaires
Hossain <i>et al.</i> (2022)	Revue systématique	47 (VIH = 8, ITSS = 12)	Variés	Variées	Interventions générales de notification des partenaires dans le domaine des maladies infectieuses (pas seulement ITSS)
Kachur <i>et al.</i> (2018)	Revue systématisée	7	États-Unis	Principalement HARSAH	Efficacité des méthodes numériques à l'égard du VIH et des ITSS
Kocur <i>et al.</i> (2024)	Revue systématique	8	Variés	Variées	Barrières et facilitateurs à l'utilisation des méthodes numériques

Résumé des principales caractéristiques des études retenues					
Référence	Devis de recherche	Nombre d'articles inclus dans la revue	Pays des études recensées	Populations à l'étude	Thématiques principales étudiées
Martin <i>et al.</i> (2025)	Revue systématisée	30	États-Unis	Variées	Efficacité des stratégies de notification par le personnel de santé publique
Pellowski <i>et al.</i> (2016)	Revue systématique	23	Variés	Variées	Acceptabilité des méthodes numériques
Peterman <i>et al.</i> (2016)	Revue narrative	Non spécifié	Non spécifiés	Non spécifiées	Stratégies de prévention de l'infection à <i>Neisseria gonorrhoeae</i>
Peterman et Cha (2018)	Revue narrative	Non spécifié	Non spécifiés	HARSAH	Stratégies de prévention de la syphilis
Woodward <i>et al.</i> (2014)	Revue systématique	26	Variés	Variées	Acceptabilité des méthodes numériques

ANNEXE 5 OUTIL D'ÉVALUATION CRITIQUE POUR LES REVUES SYSTÉMATIQUES ET LES SYNTHÈSES DE CONNAISSANCES (JBI)



CHECKLIST FOR SYSTEMATIC REVIEWS AND RESEARCH SYNTHESSES

Critical Appraisal tools for use in JBI Systematic Reviews

jbi.global

CRICOS Provider Number 00123M

INTRODUCTION

JBI is an international research organisation based in the Faculty of Health and Medical Sciences at the University of Adelaide, South Australia. JBI develops and delivers unique evidence-based information, software, education and training designed to improve healthcare practice and health outcomes. With over 70 Collaborating Entities, servicing over 90 countries, JBI is a recognised global leader in evidence-based healthcare.

JBI Systematic Reviews

The core of evidence synthesis is the systematic review of literature of a particular intervention, condition or issue. The systematic review is essentially an analysis of the available literature (that is, evidence) and a judgment of the effectiveness or otherwise of a practice, involving a series of complex steps. JBI takes a particular view on what counts as evidence and the methods utilised to synthesise those different types of evidence. In line with this broader view of evidence, JBI has developed theories, methodologies and rigorous processes for the critical appraisal and synthesis of these diverse forms of evidence in order to aid in clinical decision-making in healthcare. There now exists JBI guidance for conducting reviews of effectiveness research, qualitative research, prevalence/incidence, etiology/risk, economic evaluations, text/opinion, diagnostic test accuracy, mixed-methods, umbrella reviews and scoping reviews. Further information regarding JBI systematic reviews can be found in the [JBI Evidence Synthesis Manual](#).

JBI Critical Appraisal Tools

All systematic reviews incorporate a process of critique or appraisal of the research evidence. The purpose of this appraisal is to assess the methodological quality of a study and to determine the extent to which a study has addressed the possibility of bias in its design, conduct and analysis. All papers selected for inclusion in the systematic review (that is – those that meet the inclusion criteria described in the protocol) need to be subjected to rigorous appraisal by two critical appraisers. The results of this appraisal can then be used to inform synthesis and interpretation of the results of the study. JBI Critical appraisal tools have been developed by the JBI and collaborators and approved by the JBI Scientific Committee following extensive peer review. Although designed for use in systematic reviews, JBI critical appraisal tools can also be used when creating Critically Appraised Topics (CAT), in journal clubs and as an educational tool.

JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR SYSTEMATIC REVIEWS AND RESEARCH SYNTHESSES

Reviewer _____ Date _____

 Author _____ Year _____ Record Number _____

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is the review question clearly and explicitly stated?	☐	☐	☐	☐
2. Were the inclusion criteria appropriate for the review question?	☐	☐	☐	☐
3. Was the search strategy appropriate?	☐	☐	☐	☐
4. Were the sources and resources used to search for studies adequate?	☐	☐	☐	☐
5. Were the criteria for appraising studies appropriate?	☐	☐	☐	☐
6. Was critical appraisal conducted by two or more reviewers independently?	☐	☐	☐	☐
7. Were there methods to minimize errors in data extraction?	☐	☐	☐	☐
8. Were the methods used to combine studies appropriate?	☐	☐	☐	☐
9. Was the likelihood of publication bias assessed?	☐	☐	☐	☐
10. Were recommendations for policy and/or practice supported by the reported data?	☐	☐	☐	☐
11. Were the specific directives for new research appropriate?	☐	☐	☐	☐

☐

Overall appraisal: Include ☐ Exclude ☐ Seek further info ☐

Comments (Including reason for exclusion)

JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR SYSTEMATIC REVIEWS AND RESEARCH SYNTHESIS

How to cite: Aromataris E, Fernandez R, Godfrey C, Holly C, Kahlil H, Tungpunkom P. Summarizing systematic reviews: methodological development, conduct and reporting of an Umbrella review approach. *Int J Evid Based Healthc.* 2015;13(3):132-40.

When conducting an umbrella review using the JBI method, the critical appraisal instrument for Systematic Reviews should be used.

The primary and secondary reviewer should discuss each item in the appraisal instrument for each study included in their review. In particular, discussions should focus on what is considered acceptable to the aims of the review in terms of the specific study characteristics. When appraising systematic reviews this discussion may include issues such as what represents an adequate search strategy or appropriate methods of synthesis. The reviewers should be clear on what constitutes acceptable levels of information to allocate a positive appraisal compared with a negative, or response of "unclear". This discussion should ideally take place before the reviewers independently conduct the appraisal.

Within umbrella reviews, quantitative or qualitative systematic reviews may be incorporated, as well as meta-analyses of existing research. There are 11 questions to guide the appraisal of systematic reviews or meta-analyses. Each question should be answered as "yes", "no", or "unclear". Not applicable "NA" is also provided as an option and may be appropriate in rare instances.

1. Is the review question clearly and explicitly stated?

The review question is an essential step in the systematic review process. A well-articulated question defines the scope of the review and aids in the development of the search strategy to locate the relevant evidence. An explicitly stated question, formulated around its PICO (Population, Intervention, Comparator, Outcome) elements aids both the review team in the conduct of the review and the reader in determining if the review has achieved its objectives. Ideally the review question should be articulated in a published protocol; however this will not always be the case with many reviews that are located.

2. Were the inclusion criteria appropriate for the review question?

The inclusion criteria should be identifiable from, and match the review question. The necessary elements of the PICO should be explicit and clearly defined. The inclusion criteria should be detailed and the included reviews should clearly be eligible when matched against the stated inclusion criteria. Appraisers of meta-analyses will find that inclusion criteria may include criteria around the ability to conduct statistical analyses which would not be the norm for a systematic review. The types of included studies should be relevant to the review question, for example, an umbrella review aiming to summarize a range of effective non-pharmacological interventions for aggressive behaviors amongst elderly patients with dementia will limit itself to including systematic reviews and meta-analyses that synthesize quantitative studies assessing the various interventions; qualitative or economic reviews would not be included.

3. Was the search strategy appropriate?

A systematic review should provide evidence of the search strategy that has been used to locate the evidence. This may be found in the methods section of the review report in some cases, or as an appendix that may be provided as supplementary information to the review publication. A systematic review should present a clear search strategy that addresses each of the identifiable PICO components of the review question. Some reviews may also provide a description of the approach to searching and how the terms that were ultimately used were derived, though due to limits on word counts in journals this may be more the norm in online only publications. There

should be evidence of logical and relevant keywords and terms and also evidence that Subject Headings and Indexing terms have been used in the conduct of the search. Limits on the search should also be considered and their potential impact; for example, if a date limit was used, was this appropriate and/or justified? If only English language studies were included, will such a language bias have an impact on the review? The response to these considerations will depend, in part, on the review question.

4. Were the sources and resources used to search for studies adequate?

A systematic review should attempt to identify “all” the available evidence and as such there should be evidence of a comprehensive search strategy. Multiple electronic databases should be searched including major bibliographic citation databases such as MEDLINE and CINAHL. Ideally, other databases that are relevant to the review question should also be searched, for example, a systematic review with a question about a physical therapy intervention should also look to search the PEDro database, whilst a review focusing on an educational intervention should also search the ERIC. Reviews of effectiveness should aim to search trial registries. A comprehensive search is the ideal way to minimize publication bias, as a result, a well conducted systematic review should also attempt to search for grey literature, or “unpublished” studies; this may involve searching websites relevant to the review question, or thesis repositories.

5. Were the criteria for appraising studies appropriate?

The systematic review should present a clear statement that critical appraisal was conducted and provide the details of the items that were used to assess the included studies. This may be presented in the methods of the review, as an appendix of supplementary information, or as a reference to a source that can be located. The tools or instruments used should be appropriate for the review question asked and the type of research conducted. For example, a systematic review of effectiveness should present a tool or instrument that addresses aspects of validity for experimental studies and randomized controlled trials such as randomization and blinding – if the review includes observational research to answer the same question a different tool would be more appropriate. Similarly, a review assessing diagnostic test accuracy may refer to the recognized QUADAS¹ tool.

6. Was critical appraisal conducted by two or more reviewers independently?

Critical appraisal or some similar assessment of the quality of the literature included in a systematic review is essential. A key characteristic to minimize bias or systematic error in the conduct of a systematic review is to have the critical appraisal of the included studies completed independently and in duplicate by members of the review team. The systematic review should present a clear statement that critical appraisal was conducted by at least two reviewers working independently from each other and conferring where necessary to reach decision regarding study quality and eligibility on the basis of quality.

7. Were there methods to minimize errors in data extraction?

Efforts made by review authors during data extraction can also minimize bias or systematic errors in the conduct of a systematic review. Strategies to minimize bias may include conducting all data extraction in duplicate and independently, using specific tools or instruments to guide data extraction and some evidence of piloting or training around their use.

8. Were the methods used to combine studies appropriate?

A synthesis of the evidence is a key feature of a systematic review. The synthesis that is presented should be appropriate for the review question and the stated type of systematic review and evidence it refers to. If a meta-analysis has been conducted this needs to be reviewed carefully.

Was it appropriate to combine the studies? Have the reviewers assessed heterogeneity statistically and provided some explanation for heterogeneity that may be present? Often, where heterogeneous studies are included in the systematic review, narrative synthesis will be an appropriate method for presenting the results of multiple studies. If a qualitative review, are the methods that have been used to synthesize findings congruent with the stated methodology of the review? Is there adequate descriptive and explanatory information to support the final synthesized findings that have been constructed from the findings sourced from the original research?

9. Was the likelihood of publication bias assessed?

As mentioned, a comprehensive search strategy is the best means by which a review author may alleviate the impact of publication bias on the results of the review. Reviews may also present statistical tests such as Egger's test or funnel plots to also assess the potential presence of publication bias and its potential impact on the results of the review. This question will not be applicable to systematic reviews of qualitative evidence.

10. Were recommendations for policy and/or practice supported by the reported data?

Whilst the first nine (9) questions specifically look to identify potential bias in the conduct of a systematic review, the final questions are more indicators of review quality rather than validity. Ideally a review should present recommendations for policy and practice. Where these recommendations are made there should be a clear link to the results of the review. Is there evidence that the strength of the findings and the quality of the research been considered in the formulation of review recommendations?

11. Were the specific directives for new research appropriate?

The systematic review process is recognized for its ability to identify where gaps in the research, or knowledge base, around a particular topic exist. Most systematic review authors will provide some indication, often in the discussion section of the report, of where future research direction should lie. Where evidence is scarce or sample sizes that support overall estimates of effect are small and effect estimates are imprecise, repeating similar research to those identified by the review may be necessary and appropriate. In other instances, the case for new research questions to investigate the topic may be warranted.

Référence : Aromataris, E., Fernandez, R., Godfrey, C., Holly, C., Kahlil, H., et Tungpunkom, P. (2015). Summarizing systematic reviews: methodological development, conduct and reporting of an Umbrella review approach. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 13(2), 132-140. Récupéré de <https://jbi.global/critical-appraisal-tools>

ANNEXE 6 CARTE DE NOTIFICATION UTILISÉE AU QUÉBEC



Chlamydia ou gonorrhée

Vous recevez cette carte parce qu'un ou une de vos partenaires sexuels a une infection transmissible sexuellement (ITS) :

☐ chlamydia ☐ gonorrhée

Vous avez peut-être cette infection, **même si vous n'avez pas de symptômes.**

Les ITS se transmettent pendant les relations sexuelles orales, vaginales ou anales.

Que faire?

Consultez rapidement une infirmière ou un médecin pour :

- recevoir un traitement, qui est simple et gratuit;
- passer un test de dépistage, qui est le seul moyen de savoir si vous avez une ITS.

Pour savoir où passer un test de dépistage, appelez Info-Santé 811.

Évitez d'avoir des relations sexuelles

- À partir de maintenant, jusqu'à sept jours après la fin du traitement. Cela prévient la transmission de l'infection et le risque de vous réinfecter.
- Si vous ne pouvez pas attendre, utilisez un condom ou un carré de latex pour toute relation sexuelle (orale, vaginale, anale ou avec un jouet sexuel).

Pourquoi est-ce important?

Vous faire **dépister** et **traiter rapidement** permet d'éviter :

- d'avoir des complications telles que l'infertilité, des douleurs chroniques dans le bas du ventre si vous êtes une femme ou une infection chronique de la prostate si vous êtes un homme;
- de transmettre l'infection à d'autres personnes, incluant votre bébé si vous êtes enceinte.

Quels sont les symptômes possibles de la chlamydia et de la gonorrhée?

- Ces infections ne donnent pas toujours des symptômes. Une personne peut donc être infectée sans le savoir.
- Lorsqu'ils se manifestent, les symptômes peuvent être les suivants : pertes vaginales anormales, saignements inhabituels, douleurs pendant les relations sexuelles, écoulement anormal du pénis ou de l'anus, sensation de brûlure en urinant et douleurs aux testicules ou dans la région de l'anus.

Comment se traitent la chlamydia et la gonorrhée?

- On peut guérir complètement de ces infections avec des antibiotiques.
- Les médicaments sont gratuits pour les personnes infectées et pour leurs partenaires sexuels, sur présentation de leur carte d'assurance maladie à la pharmacie.

Comment éviter d'avoir une ITS?

- Le condom offre une protection efficace contre les ITS pendant les relations sexuelles vaginales, anales ou avec des jouets sexuels.
- Le condom ou le carré de latex diminuent le risque de transmission des ITS pendant les relations orales.

Vous avez reçu une ordonnance en plus de cette carte ou un professionnel de la santé a rempli la section ci-dessous ?



En présentant votre ordonnance ou la section remplie ci-dessous avec votre carte d'assurance maladie dans une pharmacie, le pharmacien évaluera la possibilité de vous remettre directement un traitement.

IMPORTANT

- Il y a de nombreux avantages à consulter un médecin ou une infirmière. Une consultation vous permettra de bénéficier d'un dépistage, d'un traitement optimal et d'un suivi adapté à votre situation.
- Si vous avez des symptômes, ou si vous êtes enceinte ou pensez l'être : consultez rapidement un médecin ou une infirmière; il se peut qu'un traitement différent soit préférable pour vous.

Section réservée au médecin ou à l'infirmière dans les situations où le traitement accéléré des partenaires (TAP) est indiqué pour un partenaire et qu'une ordonnance (code M) ne peut être rédigée pour cette personne

Informations sur l'infection de la personne atteinte :

☐ Aucune contre-indication au TAP décelée lors de l'évaluation clinique de la personne atteinte (pour plus d'informations : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002402/>)

☐ Chlamydia

☐ Gonorrhée:

- ☐ souche sensible aux antibiotiques recommandés
- ☐ résultat d'analyse de sensibilité à venir
- ☐ culture non faite

Nom du clinicien :

☐ médecin

☐ infirmière

☐ IPS

Numéro de permis :

Date :

Pour plus d'informations sur l'intervention du pharmacien : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002401/>.

Référence : Ministère de la Santé et des Services sociaux (2021a). Carte de notification chlamydia/gonorrhée. Repérée à : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001060/>

ANNEXE 7 OUTIL DE CLASSIFICATION DES PARTENAIRES

PARTNER TYPES FOR CLINICAL PRACTICE



When to use: This grid may be used in any setting to support discussions about sexual partners and relationships. It may be particularly useful for STI partner notification and contact tracing and to discuss people's sexual networks. However, in cases of sexual assault, alternatives may be more appropriate.

How to use: This grid may be used in any setting to support discussions about sexual partners and relationships. It may be particularly useful for STI partner notification and contact tracing and to discuss people's sexual networks. However, in cases of sexual assault, alternatives may be more appropriate.

PARTNER TYPE		Established partner	New partner	Occasional partner	One-off partner	Sex worker
CHARACTERISTICS	Risk of transmission to others	↓	↔	↔	↑↑	↔
	Emotional connection	↑↑	↑	↔	×	↔
	Likelihood of sex with index patient again	↑↑	↑	↑	×	↔
	Sexual Exclusivity	↑	↑	↑	×	×
	Time-frame	↑ has a significant past & anticipating a future	↑ Anticipating a future	↔	×	↔
	Degree of sexual mixing across diverse networks	↓	↔	↑	↑	↑
	Contactability*	✓	✓	✓	↔	↔
*Definition: When an index patient is able and willing to contact the sex partner by one or more means of communication (e.g. telephone, messaging, online, mail), and/or to supply those details to the health care professional. KEY Very high ↑↑ High ↑ Low ↓ Variable ↔ Yes ✓ No ✗		Established partner: This could be a primary partner (e.g. spouse/civil partner, wife/husband) or a secondary partner (e.g. a long-term 'affair'). There is often a high likelihood of this being a stable relationship, characterised by some or all of the following features: a significant past, regular sex, future-oriented, highly developed romantic emotional connection, co-habiting.	New partner: This could be a person with whom the index patient is likely to have had sex on more than one occasion. Their relationship may be characterised by some or all of the following features: little/no past, growing romantic emotional connection and intentions to form a stable relationship in the future.	Occasional partner: This could be a person with whom the index patient has had sex on more than one occasion and with whom there is an expectation of sex again, on a sporadic or regular basis. Their relationship may be characterised by some or all of the following features: no or low anticipation of a stable partnership forming, no or minimal romantic emotional connection, sex for pleasure. It is likely that the partner/index patient is also engaging in concurrent sex with other partners/other partner types.	One-off partner: This could be a person with whom the index patient has had sex on one occasion only, most likely for pleasure or recreation. Characteristics which might help identify this type of partner include: no past and no future, no anticipation of sex again, little/no romantic emotional connection.	Sex worker: This could be a person to whom the index patient has provided money or goods in direct exchange for sexual services. The term sex worker encompasses a wide range of types of sex work with variable risks of STI & HIV transmission. Partners identified as sex workers by index patients may share characteristics with those suggested for one or more alternative partner types.

NIHR | National Institute for Health Research

This study is funded by the National Institute for Health Research (NIHR) Programme Grants for Applied Research Programme (Reference Number RP-PG-014-20009). The views expressed are those of the authors and not necessarily those of the NIHR or the Department of Health and Social Care.

Référence : Estcourt, C. S., Flowers, P., Cassell, J. A., Pothoulaki, M., Vojt, G., Mapp, F., Woode-Owusu, M., Low, N., Saunders, J., Symonds, M., Howarth, A., Wayal, S., Nandwani, R., Brice, S., Comer, A., Johnson, A. M., et Mercer, C. H. (2022). Going beyond regular and casual: Development of a classification of sexual partner types to enhance partner notification for STIs. *Sexually Transmitted Infections*, 98(2), 108 EP - 114. Embase. <https://doi.org/10.1136/sextrans-2020-054846>. Aucun changement n'a été apporté.

Centre d'expertise et
de référence en santé publique

www.inspq.qc.ca

***Institut national
de santé publique***

Québec

