

**GUIDE D'INTERVENTION POUR LE SOUTIEN  
À L'INTERVENTION PRÉVENTIVE  
AUPRÈS DES PERSONNES INFECTÉES  
PAR UNE INFECTION  
TRANSMISSIBLE SEXUELLEMENT  
AINSI QU'AUPRÈS DE LEURS PARTENAIRES SEXUELS**

**Juin 2004**



Rédaction : Françoise Caron  
Agente de planification et de programmation sociosanitaire  
Programme maladies transmissibles, Direction de santé publique de la Montérégie

Collaboration :

Andrée Gilbert, médecin-conseil, programme jeunesse,  
Direction de santé publique de la Montérégie

France Janelle, médecin-conseil, programme maladies transmissibles,  
Direction de santé publique de la Montérégie

Thérèse Monast, infirmière, programme maladies transmissibles,  
Direction de santé publique de la Montérégie

Stéphane Roy, médecin-conseil, programme maladies transmissibles,  
Direction de santé publique de la Montérégie

Nicole Trudeau, infirmière, programme maladies transmissibles,  
Direction de santé publique de la Montérégie

Danielle Vachon, infirmière, programme maladies transmissibles,  
Direction de santé publique de la Montérégie

MISE EN PAGE

Louise Couture, secrétaire au programme maladies transmissibles,  
Direction de santé publique de la Montérégie

## Table des matières

INTRODUCTION	4
DÉFINITION DU SERVICE DE SOUTIEN À L'IPPIPS	6
PRINCIPES GÉNÉRAUX RELIÉS AU FONCTIONNEMENT DU SERVICE	6
OBJECTIFS ET DÉMARCHES RATTACHÉS AU SERVICE DE SOUTIEN À L'IPPIPS	6
OBJECTIF GLOBAL	6
RÉFÉRENCE	12

### ANNEXE 1

Démarche auprès du cas index  
Démarche auprès des partenaires symptomatiques  
Démarche auprès des partenaires asymptomatiques  
Démarche auprès des partenaires des partenaires symptomatiques

### ANNEXE 2

Gestion interne de l'enquête  
Données de base  
Facteurs de risque  
Soutien à l'PPIPS : détermination de la période visée  
Soutien à l'IPPIPS : caractéristiques des partenaires et type d'entente  
Soutien à l'IPPIPS : suivi de l'intervention préventive auprès de partenaires  
Notes d'évolution

### ANNEXE 3

Dossier de la personne infectée par une ITS – Section médecin traitant

### ANNEXE 4

Dossier de la personne infectée par une ITS – Section : intervention d'hémovigilance

### ANNEXE 5

Lettres aux médecins

### ANNEXE 6

Ressources disponibles en Montérégie

## INTRODUCTION

Après avoir chuté pendant plusieurs années, les taux de gonorrhée et de syphilis infectieuse déclarés au Canada, au Québec et en Montérégie sont en augmentation.

Ces infections, si elles ne sont pas dépistées et traitées adéquatement, peuvent causer diverses complications qui ont des conséquences médicales et psychosociales importantes pour les personnes atteintes et leurs partenaires sexuels.

En Montérégie, 91 cas de gonorrhée ont été déclarés en 2003. Les trois quarts des cas déclarés sont des hommes. Chez ces derniers, la majorité (45 %) se retrouvent chez les 25-39 ans alors que chez les femmes, les 18-24 ans représentent 44 % des cas déclarés. Les enquêtes épidémiologiques effectuées auprès des médecins traitant nous permettent de préciser le portrait de la clientèle atteinte. Au total, 55 enquêtes ont été complétées en 2003. Les informations qui suivent sont tirées des questionnaires pour lesquels l'information était disponible. Dans 86 % des cas (44 sur 51), les prélèvements ont été effectués chez des personnes présentant des symptômes. Près de 45 % (16 sur 38) d'entre elles avaient des antécédents d'infection transmissibles sexuellement. Chez les 31 hommes ayant identifié le sexe de leur partenaire sexuel, plus de la moitié (55 %) ont dit avoir eu des relations sexuelles avec des hommes seulement. Parmi ces derniers, au moins 5 ont eu des relations sexuelles dans un contexte de sauna (Levac et al., 2004).

Le nombre de cas de syphilis déclarés en Montérégie a augmenté de façon considérable dans la dernière année, passant de 5 cas en 2002 à 27 cas en 2003. Ainsi, le nombre de cas de syphilis infectieuse a plus que quadruplé, passant de 3 à 14 cas. De ce nombre, 12 (71 %) sont des hommes, la majorité (8 sur 14) sont âgés de 25 à 39 ans et les 6 autres cas, tous de sexe masculin, sont âgés de 40 à 59 ans. Les cas de syphilis infectieuse se répartissent de la façon suivante : 5 cas de syphilis primaire, 6 cas de syphilis secondaire, et 3 cas de syphilis latente de moins de 1 an (Levac et al., 2004).

Dans ce contexte, il est urgent de mettre en place une mesure essentielle pour le contrôle de ces infections, soit un service de soutien à l'intervention préventive auprès des partenaires des personnes infectées. En effet, cette stratégie est reconnue comme étant pertinente, efficiente et efficace, particulièrement lorsque la prévalence d'une ITS est peu élevée (Comité consultatif sur les MTS, 2000). De plus, cette mesure est prévue dans le Programme national de santé publique et dans le Plan d'action régionale 2004-2007 de la Montérégie. C'est pour ces raisons que la Direction de santé publique a mis sur pied un service régional de soutien à l'intervention préventive auprès des personnes infectées par une ITS et leurs partenaires sexuels (soutien à l'IPPIPS). Ce service vise d'abord les personnes infectées ou exposées à une infection gonococcique ou à la syphilis en phase contagieuse. Ces cas ont été priorisés à des fins de vigie sanitaire et d'intervention préventive en vertu de la loi sur la santé publique (article 96 et article 100). Un service de soutien pour l'ensemble des ITS prioritaires

sera implanté ultérieurement, tel que prévu dans le Programme national de santé publique 2003-2012.

S'inspirant d'expériences réalisées dans d'autres régions du Québec et du protocole d'intervention sur les infections transmissibles sexuellement à déclaration obligatoire (Comité consultatif sur les ITS, 2004), le présent guide d'intervention renferme l'information essentielle à la réalisation d'un service de soutien à l'IPPIPS. Dans un premier temps, la définition du service et les principes généraux reliés au fonctionnement de celui-ci sont présentés. Ensuite, les objectifs généraux et spécifiques sont précisés. Les étapes de la démarche sont également résumées à l'aide d'un algorithme intitulé *Intervention préventive selon l'approche négociée*. Enfin, on retrouve, en annexe, le dossier du patient et les différents outils rattachés au service régional de soutien à l'IPPIPS en Montérégie.

## **DÉFINITION DU SERVICE DE SOUTIEN À L'IPPIPS**

Le soutien à l'IPPIPS est assuré sur une base régionale par des infirmières de la santé publique (ISP). Le service comprend une enquête épidémiologique et un ensemble d'actions auprès des personnes infectées par une ITS ainsi qu'auprès de leurs partenaires sexuels, soit : l'offre d'information sur la maladie et de conseils sur la santé sexuelle ; le rappel de la disponibilité de la vaccination gratuite contre l'Hépatite B et contre l'hépatite A, selon le cas ; l'offre de soutien à la notification aux partenaires et à l'orientation des partenaires vers les ressources appropriées. La participation des patients se fait toujours sur une base volontaire et le respect de la confidentialité est assuré.

## **OBJECTIF GLOBAL**

Offrir un service de soutien à l'intervention préventive aux personnes infectées ou exposées à la gonorrhée génito-urinaire ou à la syphilis en phase contagieuse.

## **OBJECTIFS GÉNÉRAUX ET DÉMARCHES RELIÉS À L'IPPIPS**

Le médecin traitant occupe une place importante en raison de la relation privilégiée qu'il a développée avec son patient. Il est également le mieux placé pour motiver celui-ci à collaborer à l'IPPIPS. Le médecin traitant est donc toujours informé de la démarche qui sera effectuée auprès de son patient et des résultats de celle-ci. Pour les patients âgés de 18 ans ou plus, le soutien à l'IPPIPS est de prime abord assuré par le service de soutien. L'infirmière essaie dans un premier temps de joindre le médecin traitant au téléphone car cela permet de recueillir des informations qui pourraient faciliter son intervention auprès du patient. S'il s'avère impossible de rejoindre le médecin, une lettre d'information lui sera envoyée au même moment que le questionnaire sur les données cliniques. Lorsqu'il s'agit d'un jeune âgé de moins de 18 ans, le médecin traitant est rejoint dans un premier temps pour clarifier le rôle de chacun en ce qui a trait à l'IPPIPS. Ceci inclus la possibilité que l'intervention soit faite par le médecin lui-même. Les objectifs généraux et la démarche auprès du médecin traitant est présentée au tableau 1.1.

Ensuite, l'infirmière joint le cas index par téléphone. Elle donne de l'information sur la maladie en cause, vérifie l'observance au traitement et évalue les risques de réinfection. Elle recommande une visite de contrôle, s'il y a lieu. Le questionnaire sur les facteurs de risque est ensuite complété. Selon les facteurs de risque identifiés, l'infirmière discute des obstacles à la prévention des ITS et elle offre écoute et conseils concernant, entre autres, les pratiques sexuelles à risque réduit. Elle vérifie les indications à la vaccination contre l'hépatite A et l'hépatite B et le réfère pour la vaccination, s'il y a lieu. De plus, elle lui propose des ressources selon ses besoins (clinique médicale, ressource psychosociale, groupe d'entraide, etc.). Enfin, elle établit une entente avec le cas index concernant la manière de procéder

pour aviser ses partenaires qu'ils ont été exposés à une ITS. Les partenaires sont ensuite avisés soit par le cas index lui-même ou par l'infirmière de la santé publique.

Advenant le cas où un partenaire symptomatique n'aurait pas été traité, l'infirmière lui offrira un soutien à l'IPPIPS. Les partenaires de celui-ci seront invités à consulter un médecin le plus rapidement possible. De plus, dans un but de vigilance sanitaire, il s'avère pertinent de procéder à l'IPPIPS dans la situation où un cas de gonorrhée est déclaré par un médecin mais non validé par épreuve de laboratoire. Il est alors de la responsabilité de l'infirmière de communiquer avec le médecin et de procéder à l'intervention. Enfin, les objectifs généraux et la démarche effectuée auprès de ces différentes personnes visées par l'IPPIPS sont présentés au tableau 1.2. De plus, les activités réalisées auprès d'eux sont précisées au tableau 1.3. Cela est suivi de l'algorithme d'intervention utilisé dans le cadre de cette intervention par l'infirmière de la santé publique.

## DÉLAI PRÉVU POUR RÉALISER L'IPPIPS

Il est important que l'intervention préventive soit réalisée dans les plus brefs délais pour réduire le risque de séquelles chez les personnes infectées et éviter la propagation de l'infection dans la communauté. Autant que possible, l'infirmière de la santé publique fait quatre appels sur une période d'une semaine de calendrier (cinq jours ouvrables) pour joindre le médecin, les personnes infectées et leurs partenaires.

S'il s'avère impossible de joindre un cas-index ou un partenaire à l'intérieur d'une semaine, une lettre lui est envoyée, suivi d'une 2<sup>e</sup> lettre une semaine plus tard, si nécessaire.

Enfin, les relances auprès du cas-index et des partenaires sont également effectuées à l'extérieur d'une semaine. En bref, l'intervention préventive est réalisée à l'intérieur d'une période qui peut varier entre 2 semaines et 9 semaines après la réception de la déclaration de la MADO à la santé publique (tableau 1.1).

**TABLEAU 1.1**  
**DÉLAI MAXIMAL PRÉVU POUR RÉALISER L'IPPIPS**

SEMAINES DE CALENDRIER	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Appel médecin	X								
Si non joint, envoi lettre		X							
Appel cas-index		X							
Si non joint, envoi 1 <sup>re</sup> lettre			X						
Si non joint, envoi 2 <sup>e</sup> lettre				X					
Intervention préventive auprès du cas-index					X				
Suivi auprès du cas-index (partenaires qu'il a avisé)						X			
Intervention auprès des partenaires par l'infirmière					X				
Si non joint, envoi 1 <sup>re</sup> lettre						X			
Si non joint, envoi 2 <sup>e</sup> lettre							X		
Intervention auprès des partenaires par l'infirmière								X	
Suivi auprès des partenaires avisés par l'infirmière									X

**TABLEAU 1.1****OBJECTIFS VISÉS ET DÉMARCHE RELIÉE À L'IPPIPS**

<b>OBJECTIFS GÉNÉRAUX</b> <i>L'infirmière de la santé publique devra...</i>	<b>DÉMARCHE</b> <i>L'infirmière de la santé publique devra...</i>
<b>INTERVENTION AUPRÈS DU MÉDECIN</b> <b>(CAS INDEX)</b> <i>(patients âgés de 18ans et plus)</i>	
Fournir de l'information concernant le service offert et les résultats de la démarche effectuée auprès de son patient infecté par la gonorrhée ou la syphilis contagieuse	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rejoindre le médecin avant d'offrir le service à son patient pour l'informer de la démarche et remplir le questionnaire sur les données cliniques ;</li> <li>▪ lui faire parvenir une lettre d'information sur l'offre de service qui sera présenté à son patient, s'il y a lieu ;</li> <li>▪ lui faire parvenir le questionnaire sur les données cliniques, s'il y a lieu ;</li> <li>▪ lui faire parvenir l'information concernant les résultats de l'intervention réalisée auprès de son patient ;</li> </ul>
<b>INTERVENTION AUPRÈS DU MÉDECIN</b> <i>(patients âgés de moins de 18ans)</i>	
Établir une entente avec le médecin traitant concernant le service à offrir à ce patient Fournir de l'information concernant le service offert et les résultats de la démarche effectuée auprès de son patient infecté par la gonorrhée ou la syphilis contagieuse	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ rejoindre le médecin avant d'offrir le service à son patient pour établir une entente pour ce cas;</li> <li>▪ remplir la section du questionnaire concernant les données cliniques ;</li> <li>▪ lui faire parvenir les résultats de l'IPPIPS, s'il y a lieu ;</li> </ul>
<b>INTERVENTION AUPRÈS DES PERSONNES INFECTÉES</b> <b>(CAS INDEX ET PARTENAIRES SYMPTOMATIQUES)</b>	
Fournir de l'information sur le service de soutien à l'IPPIPS	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ rejoindre 100 % des personnes infectées par la gonorrhée ou la syphilis contagieuse ;</li> <li>▪ expliquer comment l'information à leur sujet a été obtenue ;</li> <li>▪ expliquer comment la confidentialité sera respectée ;</li> <li>▪ expliquer l'objectif poursuivi ;</li> </ul>
Offrir de l'information sur la maladie en cause et répondre à leurs besoins	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ vérifier leurs connaissances sur l'ITS en cause et répondre à leurs questions ;</li> <li>▪ fournir l'occasion pour qu'elles puissent exprimer leurs sentiments reliés au fait d'être infectées par une ITS ;</li> <li>▪ vérifier l'observance au traitement ;</li> <li>▪ informer sur le programme de gratuité des médicaments ;</li> <li>▪ vérifier la disparition des symptômes ;</li> <li>▪ vérifier le risque de réinfection ;</li> <li>▪ recommander une visite de contrôle, s'il y a lieu ;</li> </ul>
Évaluer leurs facteurs de risque,	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ compléter avec elles le questionnaire relié à l'identification des facteurs de risques ;</li> <li>▪ discuter du contexte des rencontres avec les différents partenaires (ex : anonymat, alcool, drogues, etc.) ;</li> <li>▪ documenter les principales pratiques sexuelles de la personne et les niveaux de risque qui y sont associés ;</li> </ul>
Offrir des conseils préventifs adaptés à leur situation	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ vérifier leur motivation à changer leur comportement à risque ;</li> <li>▪ cerner les obstacles à la prévention et proposer des moyens pour les surmonter ;</li> <li>▪ réviser et évaluer l'utilisation du préservatif ;</li> <li>▪ informer sur le programme d'échange de seringues, s'il y a lieu ;</li> <li>▪ discuter de la pertinence du dépistage des ITSS selon les risques identifiés (ex : VIH, hépatite C) ;</li> <li>▪ rappeler la disponibilité de la vaccination gratuite contre l'hépatite B (et l'hépatite A, selon le cas) ;</li> <li>▪ vérifier leur calendrier de vaccination ;</li> </ul>

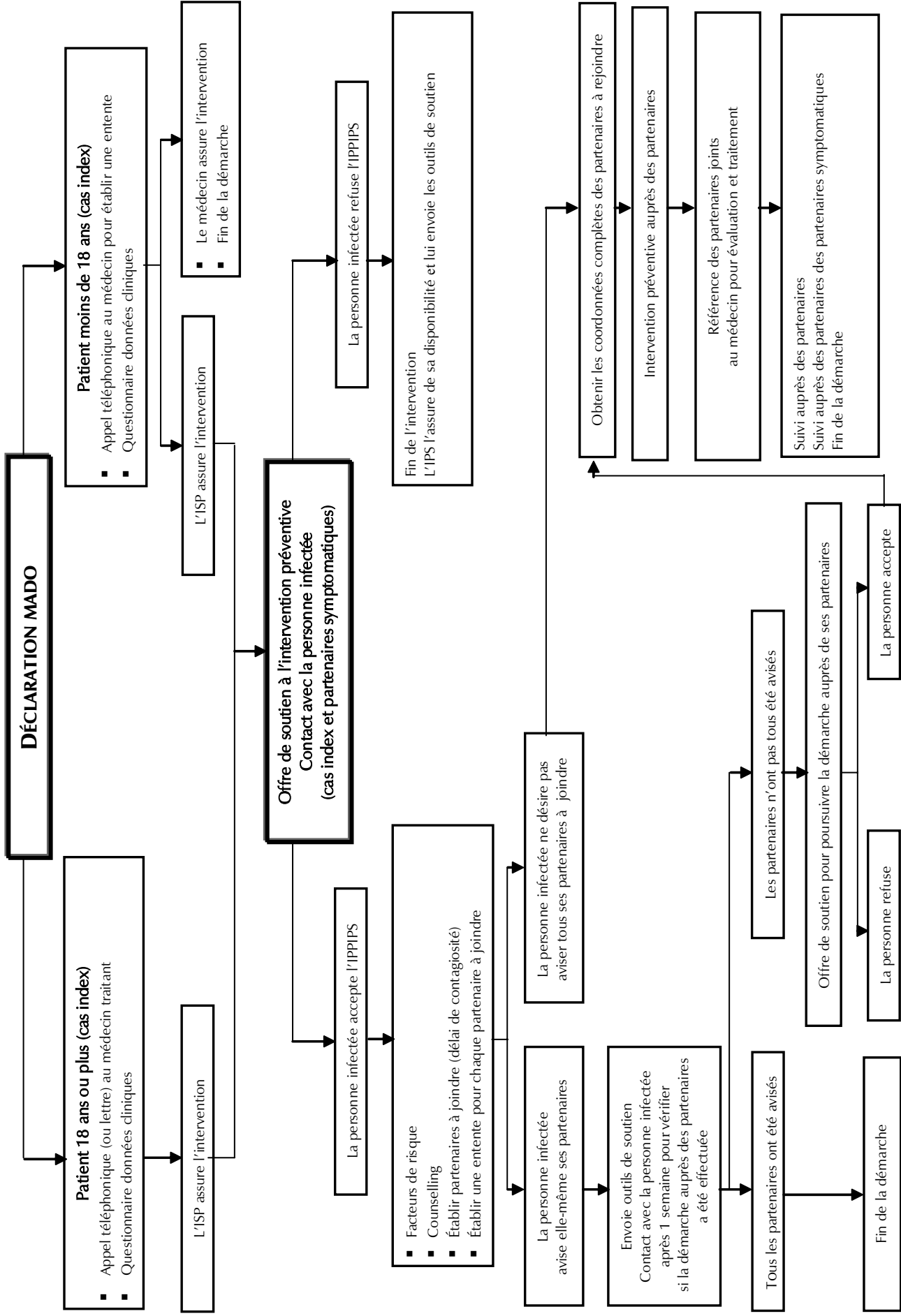
<b>OBJECTIFS GÉNÉRAUX</b> <i>L'infirmière de la santé publique devra...</i>	<b>DÉMARCHE</b> <i>L'infirmière de la santé publique devra...</i>
Offrir de l'information sur les autres ressources, s'il y lieu  Offrir un soutien en ce qui a trait à la notification de leurs partenaires	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ les référer à une ressource appropriée selon leurs besoins ;</li> <li>▪ déterminer l'étendue de la période visée pour l'identification des partenaires à rejoindre ;</li> <li>▪ dresser avec elles une liste de ses partenaires sexuels ;</li> <li>▪ clarifier qui devra rejoindre chacun des partenaires (elle même ou le service de soutien) ;</li> <li>▪ obtenir les coordonnées des partenaires que le service de soutien devra rejoindre ;</li> <li>▪ élaborer avec elles les stratégies qu'elles utiliseront pour rejoindre les partenaires qu'elles ont décidé de contacter elles mêmes ;</li> <li>▪ vérifier l'information qu'elles donneront à leurs partenaires ;</li> <li>▪ préciser la réaction qu'elles s'attendent de leurs partenaires et ce qu'elles devraient faire si elles ont besoin d'aide ou de protection ;</li> <li>▪ offrir de leur faire parvenir les documents pertinents ;</li> </ul>
Offrir un suivi	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ prévoir l'heure et la date de la prochaine entrevue ;</li> <li>▪ rejoindre 100 % des personnes à relancer pour discuter des résultats de leur démarche et leur offrir un soutien ;</li> </ul>
<b>INTERVENTION AUPRÈS DES PARTENAIRES DU CAS INDEX ET AUPRÈS DES PARTENAIRES DES PARTENAIRES SYMPTOMATIQUES</b>	
Fournir de l'information sur le service de soutien à l'IPPIPS	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ rejoindre 100 % des partenaires sexuels dont les coordonnées sont connues et qui n'ont pas été rejoints par la personne infectée ;</li> <li>▪ expliquer comment l'information à leur sujet a été obtenue ;</li> <li>▪ expliquer l'objectif poursuivi ;</li> <li>▪ expliquer comment la confidentialité sera respectée ;</li> </ul>
Offrir de l'information sur la maladie en cause Offrir des conseils préventifs adaptés à leur situation	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ l'informer sur l'ITS en cause et répondre à leurs questions ;</li> <li>▪ fournir l'occasion pour qu'ils puissent exprimer leurs sentiments reliés au fait d'être exposée à une ITS ;</li> <li>▪ selon la situation, les informer sur la santé sexuelle et les moyens à prendre pour réduire les risques de transmission d'une ITS ;</li> <li>▪ Informer sur le programme de gratuité des médicaments ;</li> <li>▪ rappeler la disponibilité de la vaccination gratuite contre l'hépatite B et l'Hépatite A, selon le cas ;</li> </ul>
Offrir de l'information sur les ressources appropriées	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ les référer à un médecin pour l'évaluation et le traitement ;</li> <li>▪ les référer à une autre ressource selon leurs besoins ;</li> </ul>
Offrir un suivi	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ prévoir l'heure et la date de la prochaine entrevue ;</li> <li>▪ rejoindre 100 % des partenaires à relancer pour discuter des résultats de leur démarche et leur offrir un soutien ;</li> </ul>

**TABLEAU 1.3**  
**ACTIVITÉS RÉALISÉES AUPRÈS DES CLIENTÈLES VISÉES PAR L'IPPIPS**

CLIENTÈLES VISÉES	ENQUÊTE		INFO/ CONSEILS	SUIVI : TRAITEMENT REÇU	SOUTIEN NOPA	SUIVI AUPRÈS DE LA PERSONNE INFECTÉE : PARTENAIRES QU'ELLE A AVISÉ ELLE-MÊME
	DONNÉES CLINIQUES	FACTEURS DE RISQUE				
Cas index (MADO)	✓	✓	✓		✓	✓
Cas déclaré non validé <sup>1</sup>	✓	✓	✓		✓	✓
Partenaires asymptomatiques avisés par l'ISP			✓	✓		
Partenaires symptomatiques avisés par l'ISP			✓	✓	✓	✓
Partenaires des partenaires symptomatiques avisés par l'ISP			✓	✓		

<sup>1</sup> Cas de gonorrhée déclaré par un médecin dont le test de laboratoire n'est pas disponible.

# Algorithme Intervention préventive selon l'approche négociée



## RÉFÉRENCES

**Comité consultatif sur les ITS** (2004). Protocole d'intervention des infections transmissibles sexuellement à déclaration obligatoire, Gouvernement du Québec, MSSS.


**Comité consultatif sur les MTS**. (2000). *Notification aux partenaires des personnes atteintes d'une MTS, état de la situation et recommandations*. Gouvernement du Québec. MSSS, octobre.

**Halkitis, P.N. et J.T. Parsons**. (2003). Intentional unsafe sex (barebacking) among HIV-positive gay men who seek sexual partners on the internet, *AIDS care*, June, vol. 15, no. 3, 367-378.

**Levac, E., Milord, F., Perron, L., Roy, S. et coll.** (2004). Maladies à déclaration obligatoire. Rapport annuel 2003. RRSSS Montérégie, Direction de santé publique de la Montérégie.



## ANNEXE I

- ▣ Démarche auprès du cas-index
  - ▣ Démarche auprès des partenaires symptomatiques
  - ▣ Démarche auprès des partenaires asymptomatiques
  - ▣ Démarche auprès des partenaires des partenaires symptomatiques
- 

# ENQUÊTE EPIDÉMIOLOGIQUE ITS MADO MONTRÉGIE ET SOUTIEN À L'IPPIPS

DÉMARCHE À SUIVRE : CAS INDEX			NUMÉRO MAD0 :
<b>◆ INFORMATION ET ENQUÊTE AUPRÈS DU MÉDECIN TRAITANT</b>			
Oui	En partie	Non	
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Appeler le médecin traitant.
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fournir de l'information sur le service qui sera offert à son patient (âgé de plus de 18 ans) ou
3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prendre une entente concernant le soutien à l'IPPIPS (jeunes 18 ans et moins seulement).
4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Remplir le questionnaire d'enquête épidémiologique (section données cliniques).
5.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lui faire parvenir l'information concernant les résultats de l'intervention réalisée auprès de son client.
<b>◆ INFORMATION ET ENQUÊTE AUPRÈS DU PATIENT</b>			
6.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Expliquer comment l'information à son sujet a été obtenue (déclaration obligatoire de l'ITS en cause).
7.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Expliquer les objectifs poursuivis, (compléter l'enquête et s'assurer que les partenaires soient évalués et traités).
8.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Expliquer comment la confidentialité sera respectée (son nom ne sera pas dévoilé aux partenaires par le service de soutien).
9.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fournir des informations générales sur l'infection incluant les risques de complications en l'absence de traitement.
10.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fournir l'occasion pour qu'il puisse exprimer ses sentiments (déception, perte de confiance, culpabilité, inquiétudes, etc.).
11.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vérifier l'observance au traitement et au suivi recommandé par le médecin.
12.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vérifier la disparition des symptômes.
13.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vérifier le risque de réinfection.
14.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rappeler que la transmission est possible tant que le traitement n'est pas complété ou jusqu'à 7 jours après l'administration d'un traitement unidose.
15.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Recommander une visite de contrôle si : les symptômes ne disparaissent pas ; Une résistance au traitement antimicrobien a été documentée ; l'observance du traitement est mise en doute ; la personne a été réexposée à un partenaire non ou partiellement traité ; l'infection a été détectée chez une femme enceinte ou chez un enfant ; une atteinte inflammatoire pelvienne (AIP) a été diagnostiquée ; un antécédent d'échec au traitement est documenté.
16.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vérifier l'accès aux médicaments gratuits : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
17.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fournir les informations sur le programme de gratuité des médicaments pour le traitement ITS.
18.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Remplir le questionnaire sur les facteurs de risque.
<b>◆ CONSEILS PRÉVENTIFS</b>			
19.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Discuter du contexte de rencontre des partenaires (ex. anonymat, alcool et drogues etc.).
20.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Documenter les principales pratiques sexuelles de la personne et les niveaux de risque qui leur sont associés.
21.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vérifier sa motivation à changer ses comportements à risque.
22.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Informé sur les pratiques sexuelles à risque réduit.
23.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Réviser et évaluer l'utilisation des méthodes barrières. <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ utilisation systématique et régulière du condom ;</li> <li>◆ mode d'emploi du condom ;</li> <li>◆ Information sur les méthodes de contraception au besoin ;</li> <li>◆ double protection pilule-condom ;</li> </ul>
24.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cerner les obstacles à la prévention et proposer des moyens pour les surmonter.
25.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Discuter de la pertinence du dépistage des ITSS selon les risque identifiés.
26.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Au besoin, donner de l'information sur la réduction des méfaits (ex : le programme d'échange de seringues).
<b>◆ INFORMATION SUR LA VACCINATION</b>			
27.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vérifier les indications à la vaccination contre les hépatites A et B.
28.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vérifier le calendrier de vaccination et référer s'il y a lieu.
<b>◆ OFFRE DE SOUTIEN À LA NOTIFICATION DES PARTENAIRES</b>			
29.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Déterminer l'étendue de la période pour l'identification des partenaires à rejoindre.
30.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dresser une liste des partenaires à rejoindre.
31.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Clarifier qui devra rejoindre chacun des partenaires (elle-même ou le service de soutien).
32.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Obtenir les coordonnées des partenaires que le service de soutien devra rejoindre.
33.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vérifier l'information qu'elles donneront à leurs partenaires.
34.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Préciser la réaction qu'elles s'attendent de leurs partenaires et ce qu'elles devraient faire si elles ont besoin d'aide.
35.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Offrir de leur faire parvenir les documents pertinents.
36.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Offrir un suivi (partenaires avisés par le patient).
<b>◆ FIN DE L'INTERVENTION</b>			
37.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Recueillir les commentaires concernant le service reçu.

# ENQUÊTE EPIDÉMIOLOGIQUE ITS MADO MONTRÉGIE ET SOUTIEN À L'IPPIPS

DÉMARCHE À SUIVRE : PARTENAIRE SYMPTOMATIQUE			NUMÉRO MADO :
<b>◆ INFORMATION ET ENQUÊTE AUPRÈS DU PATIENT</b>			
Oui	En partie	Non	
1. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Expliquer comment l'information à son sujet a été obtenue (déclaration obligatoire de l'ITS en cause).
2. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Expliquer les objectifs poursuivis, (compléter l'enquête et s'assurer que lui et ses partenaires soient évalués et traités).
3. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Expliquer comment la confidentialité sera respectée (son nom ne sera pas dévoilé aux partenaires par le service de soutien).
4. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fournir des informations générales sur l'infection incluant les risques de complications en l'absence de traitement.
5. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fournir l'occasion pour qu'il puisse exprimer ses sentiments (déception, perte de confiance, culpabilité, inquiétudes, etc.).
6. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vérifier la nature des symptômes.
7. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Recommander une visite médicale pour l'évaluation et le traitement
8. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fournir les informations sur le programme de gratuité des médicaments pour le traitement ITS.
9. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rappeler que la transmission est possible tant que le traitement n'est pas complété ou jusqu'à 7 jours après l'administration d'un traitement unidose.
10. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Remplir le questionnaire sur les facteurs de risque.
<b>◆ CONSEILS PRÉVENTIFS</b>			
11. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Discuter du contexte de rencontre des partenaires (ex. anonymat, alcool et drogues etc.).
12. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Documenter les principales pratiques sexuelles de la personne et les niveaux de risque qui leur sont associés.
13. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vérifier sa motivation à changer ses comportements à risque.
14. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Informé sur les pratiques sexuelles à risque réduit.
15. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Réviser et évaluer l'utilisation des méthodes barrières. <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ utilisation systématique et régulière du condom ;</li> <li>◆ mode d'emploi du condom ;</li> <li>◆ Information sur les méthodes de contraception au besoin ;</li> <li>◆ double protection pilule-condom ;</li> </ul>
16. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cerner les obstacles à la prévention et proposer des moyens pour les surmonter.
17. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Discuter de la pertinence du dépistage des ITSS selon les risque identifiés.
18. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Au besoin, donner de l'information sur la réduction des méfaits (ex : le programme d'échange de seringues).
<b>◆ INFORMATION SUR LA VACCINATION</b>			
19. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vérifier les indications à la vaccination contre les hépatites A et B.
20. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vérifier le calendrier de vaccination et référer s'il y a lieu.
<b>◆ OFFRE DE SOUTIEN À LA NOTIFICATION DES PARTENAIRES</b>			
21. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Déterminer l'étendue de la période pour l'identification des partenaires à rejoindre.
22. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dresser une liste des partenaires à rejoindre.
23. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Clarifier qui devra rejoindre chacun des partenaires (elle-même ou le service de soutien).
24. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Obtenir les coordonnées des partenaires que le service de soutien devra rejoindre.
25. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vérifier l'information qu'elles donneront à leurs partenaires.
26. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Préciser la réaction qu'elles s'attendent de leurs partenaires et ce qu'elles devraient faire si elles ont besoin d'aide.
27. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Offrir de leur faire parvenir les documents pertinents.
28. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Offrir un suivi (partenaires avisés par le patient).
<b>◆ SUIVI SUR LES RÉSULTATS DE SA DÉMARCHÉ</b>			
29. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Obtenir la date de l'évaluation médicale.
30. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Obtenir la date du traitement et le nom du médecin traitant.
31. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vérifier que les partenaires ont été avisés et offrir un soutien au besoin.
32. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vérifier l'accès aux médicaments gratuits. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>◆ FIN DE L'INTERVENTION</b>			
33. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Recueillir les commentaires concernant le service reçu.

# ENQUÊTE EPIDÉMIOLOGIQUE ITS MADO MONTRÉGIE ET SOUTIEN À L'IPPIPS

## DÉMARCHE À SUIVRE : PARTENAIRE ASYMPTOMATIQUE | NUMÉRO MADO :

### ◆ INFORMATION ET ENQUÊTE AUPRÈS DU PATIENT

Oui	En partie	Non	
1. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Expliquer comment l'information à son sujet a été obtenue (déclaration obligatoire de l'ITS en cause).
2. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Expliquer les objectifs poursuivis, (s'assurer qu'il soit évalué et traité).
3. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Expliquer comment la confidentialité sera respectée.
4. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fournir des informations générales sur l'infection incluant les risques de complications en l'absence de traitement.
5. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fournir l'occasion pour qu'il puisse exprimer ses sentiments (déception, perte de confiance, culpabilité, inquiétudes, etc.).
6. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Recommander une visite médicale pour l'évaluation et le traitement
7. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fournir les informations sur le programme de gratuité des médicaments pour le traitement ITS.
8. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rappeler que la transmission est possible tant que le traitement n'est pas complété ou jusqu'à 7 jours après l'administration d'un traitement unidose.

### ◆ CONSEILS PRÉVENTIFS

9. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Discuter du contexte de rencontre des partenaires (ex. anonymat, alcool et drogues etc.).
10. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Documenter les principales pratiques sexuelles de la personne et les niveaux de risque qui leur sont associés.
12. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vérifier sa motivation à changer ses comportements à risque.
13. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Informé sur les pratiques sexuelles à risque réduit.
14. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Réviser et évaluer l'utilisation des méthodes barrières. <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Utilisation systématique et régulière du condom ;</li> <li>◆ Mode d'emploi du condom ;</li> <li>◆ Information sur les méthodes de contraception au besoin ;</li> <li>◆ Double protection pilule-condom ;</li> </ul>
15. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cerner les obstacles à la prévention et proposer des moyens pour les surmonter.
16. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Discuter de la pertinence du dépistage des ITSS selon les risque identifiés.
17. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Au besoin, donner de l'information sur la réduction des méfaits (ex : le programme d'échange de seringue).

### ◆ INFORMATION SUR LA VACCINATION

18. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vérifier les indications à la vaccination contre les hépatites A et B.
19. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vérifier le calendrier de vaccination et référer s'il y a lieu.

### ◆ SUIVI SUR LES RÉSULTATS DE SA DÉMARCHE

20. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Obtenir la date de l'évaluation médicale.
21. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Obtenir la date du traitement et le nom du médecin traitant.
22. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vérifier l'accès aux médicaments gratuits. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

### ◆ FIN DE L'INTERVENTION

23. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Recueillir les commentaires concernant le service reçu.
------------------------------	--------------------------	--------------------------	---

# ENQUÊTE EPIDÉMIOLOGIQUE ITS MADO MONTRÉGIE ET SOUTIEN À L'IPPIPS

DÉMARCHE À SUIVRE : PARTENAIRE DES PARTENAIRES SYMPTOMATIQUES			NUMÉRO MADO :
<b>◆ INFORMATION ET ENQUÊTE AUPRÈS DU PATIENT</b>			
Oui	En partie	Non	
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Expliquer comment l'information à son sujet a été obtenue (déclaration obligatoire de l'ITS en cause).
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Expliquer les objectifs poursuivis, (s'assurer qu'il soit évalué et traité).
3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Expliquer comment la confidentialité sera respectée.
4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fournir des informations générales sur l'infection incluant les risques de complications en l'absence de traitement.
5.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fournir l'occasion pour qu'il puisse exprimer ses sentiments (déception, perte de confiance, culpabilité, inquiétudes, etc.).
6.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Recommander une visite médicale pour l'évaluation et le traitement
7.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fournir les informations sur le programme de gratuité des médicaments pour le traitement ITS.
8.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rappeler que la transmission est possible tant que le traitement n'est pas complété ou jusqu'à 7 jours après l'administration d'un traitement unidose.
<b>◆ CONSEILS PRÉVENTIFS</b>			
9.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Discuter du contexte de rencontre des partenaires (ex. anonymat, alcool et drogues etc.).
10.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Documenter les principales pratiques sexuelles de la personne et les niveaux de risque qui leur sont associés.
12.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vérifier sa motivation à changer ses comportements à risque.
13.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Informar sur les pratiques sexuelles à risque réduit.
14.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Réviser et évaluer l'utilisation des méthodes barrières. <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ utilisation systématique et régulière du condom ;</li> <li>◆ mode d'emploi du condom ;</li> <li>◆ Information sur les méthodes de contraception au besoin ;</li> <li>◆ double protection pilule-condom ;</li> </ul>
15.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cerner les obstacles à la prévention et proposer des moyens pour les surmonter.
16.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Discuter de la pertinence du dépistage des ITSS selon les risques identifiés.
17.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Au besoin, donner de l'information sur la réduction des méfaits (ex : le programme d'échange de seringue).
<b>◆ INFORMATION SUR LA VACCINATION</b>			
18.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vérifier les indications à la vaccination contre les hépatites A et B.
19.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vérifier le calendrier de vaccination et référer s'il y a lieu.
<b>◆ SUIVI SUR LES RÉSULTATS DE SA DÉMARCHÉ</b>			
20.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Obtenir la date de l'évaluation médicale.
21.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Obtenir la date du traitement et le nom du médecin traitant.
22.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vérifier l'accès aux médicaments gratuits. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>◆ FIN DE L'INTERVENTION</b>			
23.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Recueillir les commentaires concernant le service reçu.





## ANNEXE 2

- ▣ Gestion interne de l'enquête
- ▣ Données de base
- ▣ Facteurs de risque
- ▣ Soutien à l'IPPIPS : détermination de la période visée
- ▣ Soutien à l'IPPIPS : caractéristiques des partenaires et type d'entente
- ▣ Soutien à l'IPPIPS : suivi de l'intervention préventive auprès de partenaires
- ▣ Notes d'évolution



# ENQUÊTE ÉPIDÉMIOLOGIQUE ITS MADO MONTRÉGIE ET SOUTIEN À L'IPPIPS

## DONNÉES DE BASE

NUMÉRO MADO :

NOM DU CAS INDEX :

ADRESSE :

n°

rue

ville

province

code postal

CLSC :

TÉLÉPHONE (domicile) :

TÉLÉPHONE (travail) :

TÉLÉPHONE (cellulaire) :

SEXE : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
A M J

PAYS DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

DATE D'ARRIVÉE AU CANADA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
A M J

## ORIGINE DE LA DÉCLARATION

### NOM DE L'INFECTION

MÉDECIN DÉCLARANT :

ADRESSE :

n°

rue

ville

province

code postal

TÉLÉPHONE

MÉDECIN TRAITANT  
(SI DIFFÉRENT) :

ADRESSE :

n°

rue

ville

province

code postal

TÉLÉPHONE

Professionnelle responsable de l'enquête : \_\_\_\_\_

Date d'ouverture du dossier : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
A M J

Date de fermeture du dossier : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
A M J

Enquête complétée auprès :

Médecin

patient

autre

## ENQUÊTE ÉPIDÉMIOLOGIQUE ITS MADO MONTÉRÉGIE ET SOUTIEN À L'IPPIPS

FACTEURS DE RISQUE	NUMÉRO MADO :
Grossesse en cours (cas index ou partenaire)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc. <input type="checkbox"/> PDR <sup>1</sup>
Si le cas-index est une femme : Antécédent d'interruption volontaire de grossesse ↳ Si oui : nombre _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc. <input type="checkbox"/> PDR
Histoire compatible avec une complication du système reproducteur (AIP, infertilité, etc...)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc. <input type="checkbox"/> PDR
Antécédents d'ITS <sup>2</sup> ( <i>excluant vaginite à candida</i> )	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc. <input type="checkbox"/> PDR
Contact récent <sup>2</sup> avec un cas connu d'ITS	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc. <input type="checkbox"/> PDR
Partenaires sexuels récents <sup>2</sup> avec présence de risque élevé (HARSAH, usager de drogues, etc.)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc. <input type="checkbox"/> PDR
Recevoir argent/drogue en échange de relations sexuelles au cours de la dernière année ( <i>travail du sexe</i> )	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc. <input type="checkbox"/> PDR
Donner argent/drogue en échange de relations sexuelles au cours de la dernière année ( <i>client</i> )	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc. <input type="checkbox"/> PDR
Relations sexuelles dans un sauna (dernière année) ↳ si oui, dans quelle région _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc. <input type="checkbox"/> PDR
Relations sexuelles avec un partenaire recruté sur un site internet (dernière année)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc. <input type="checkbox"/> PDR
Nombre de partenaires recrutés (dernière année) _____ Sites fréquentés : _____	
Relations sexuelles de type "barebacking" <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc. <input type="checkbox"/> PDR
Consommation de drogues illicites (dernière année)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc. <input type="checkbox"/> PDR
Si oui, type de drogue <input type="checkbox"/> Cocaïne <input type="checkbox"/> Héroïne <input type="checkbox"/> Ecstasy <input type="checkbox"/> Marijuana/hashish/ Autres : _____	
Utilisation de drogues par injection dans la dernière année ( <i>préciser</i> ) :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc. <input type="checkbox"/> PDR
Relations sexuelles <sup>2</sup> avec une personne lors d'un voyage à l'extérieur du Québec Si oui, endroit visité : _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc. <input type="checkbox"/> PDR
Relations sexuelles <sup>2</sup> avec une personne qui réside habituellement à l'extérieur du Québec Si oui, résidence du partenaire : _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc. <input type="checkbox"/> PDR
Nombre de partenaires sexuels ( <i>derniers 60 jours</i> ) : <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input type="checkbox"/> Inc. <input type="checkbox"/> PDR	
Nombre de partenaires sexuels ( <i>dernière année</i> )	<input type="checkbox"/> aucun <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 à 4 <input type="checkbox"/> 5 à 10 <input type="checkbox"/> > 10 <input type="checkbox"/> Inc. <input type="checkbox"/> PDR
Sexe des partenaires sexuels ( <i>dernières années</i> ) :	<input type="checkbox"/> hommes <input type="checkbox"/> femmes <input type="checkbox"/> les deux <input type="checkbox"/> Inc. <input type="checkbox"/> PDR

<sup>1</sup> PDR : pas de réponse

<sup>2</sup> Correspond à la période d'incubation moyenne : derniers 2 mois pour chlamydie et gonorrhée, 3 mois pour syphilis primaire, 6 mois pour syphilis secondaire et 1 an pour syphilis latente précoce.

<sup>3</sup> Le "Barebacking" est la recherche délibérée d'une relation sexuelle anale non protégée (Kahkitis et Parsons, 2003).

ÉVALUATION DE LA VACCINATION		HÉPATITE A	ÉVALUATION DE LA VACCINATION		HÉPATITE B
Antécédent Hépatite A		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inc.	<input type="checkbox"/> PDR
Clientèle vulnérable		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		
Antécédent de vaccination		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inc.	<input type="checkbox"/> PDR
Nom du vaccin (si disponible) :				Nom du vaccin (si disponible) :	
Nombre de doses (si disponible) :				Nombre de doses (si disponible) :	
Date dernière dose (si disponible) :				Date dernière dose (si disponible) :	
Référé pour vaccin		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> données insuffisantes	
Commentaires :					

Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
A M J

# ENQUÊTE ÉPIDÉMIOLOGIQUE ITS MADO MONTÉRÉGIE ET SOUTIEN À L'IPPIPS

SOUTIEN À L'IPPIPS : DÉTERMINATION DE LA PÉRIODE VISÉE

NUMÉRO MADO :

Période visée pour l'intervention préventive auprès des partenaires :

Du    /   /    au    /   /     
A M J A M J

Nombre de partenaires (relations orales, vaginales, anales) au cours de la période visée \_\_\_\_\_

Période visée : à partir de la période précédant les symptômes ou le diagnostic jusqu'à 7 jours après la fin d'un traitement unidose ou après avoir terminé un autre type de traitement

Prolonger la période visée si les symptômes persistent.

## POUR DÉTERMINER LA PÉRIODE VISÉE POUR L'IDENTIFICATION DES PARTENAIRES CONCERNÉS :

### Vérifier les points suivants

- ◆ Date du prélèvement    /   /     
A M J
- ◆ Date de début des symptômes    /   /     
A M J
- ◆ Persistance de symptômes : Oui  Non  N'a pas eu de symptômes
- ◆ Date de la fin du traitement    /   /     
A M J

(pour traitement unidose , ajouter 7 jours après la date de l'administration du traitement).

### ÉTENDUE DE LA PÉRIODE VISÉE

#### Infections à *C. trachomatis* et à *N. gonorrhoeae*

- ◆ Jusqu'à 60 jours avant l'apparition des symptômes ou, si le patient est asymptomatique 60 jours avant le diagnostic ou la date du prélèvement et jusqu'à ce qu'un traitement ait été complété.
- ◆ S'il n'y a pas eu de partenaire durant cette période, remonter jusqu'au plus récent partenaire.
- ◆ Évaluer les parents des nouveau-nés infectés.

### SYPHILIS

- ◆ Primaire : trois mois avant l'apparition des symptômes.
- ◆ Secondaire : six mois avant l'apparition des symptômes.
- ◆ Latente précoce (< 1 an) : un an avant le diagnostic.
- ◆ Latente tardive (> 1 an) : évaluer le conjoint (partenaires de longue date) et les enfants, s'il y a lieu.

### TYPE D'ENTENTE POUR L'INTERVENTION PRÉVENTIVE AUPRÈS DES PARTENAIRES

- Le cas-index préfère aviser lui-même tous ses partenaires
- Le cas-index préfère que tous ses partenaires soient avisés par un professionnel de la santé publique
- Le cas-index préfère aviser lui-même certains de ses partenaires et que d'autres soient avisés par un professionnel de la santé publique
- Autre : préciser \_\_\_\_\_

# ENQUÊTE ÉPIDÉMIOLOGIQUE ITS MADO MONTÉRÉGIE ET SOUTIEN À L'IPPIPS

SOUTIEN À L'IPPIPS

NUMÉRO MADO :

## CARACTÉRISTIQUES DES PARTENAIRES ET TYPE D'ENTENTE

No	Identification : nom et coordonnées	Âge	Sexe	Type de partenaire				Type de pratiques			Condom			Date dernière relation sexuelle non protégée	Type d'entente NOPA
				Rég.	Occ.	Connu	Anon.	Orales	Vagin.	Anales	Jamais	Occ.	Touj.		
1														___/___/___	<input type="checkbox"/> Cas-index <input type="checkbox"/> Santé publique
2														___/___/___	<input type="checkbox"/> Cas-index <input type="checkbox"/> Santé publique
3														___/___/___	<input type="checkbox"/> Cas-index <input type="checkbox"/> Santé publique
4														___/___/___	<input type="checkbox"/> Cas-index <input type="checkbox"/> Santé publique
5														___/___/___	<input type="checkbox"/> Cas-index <input type="checkbox"/> Santé publique
6														___/___/___	<input type="checkbox"/> Cas-index <input type="checkbox"/> Santé publique
7														___/___/___	<input type="checkbox"/> Cas-index <input type="checkbox"/> Santé publique
8														___/___/___	<input type="checkbox"/> Cas-index <input type="checkbox"/> Santé publique
9														___/___/___	<input type="checkbox"/> Cas-index <input type="checkbox"/> Santé publique
10														___/___/___	<input type="checkbox"/> Cas-index <input type="checkbox"/> Santé publique

### COMMENTAIRES

---



---

\* Point à vérifier : présence de grossesse chez une ou des partenaires

# ENQUÊTE ÉPIDÉMIOLOGIQUE ITS MADO MONTRÉGIE ET SOUTIEN À L'IPPIPS

SOUTIEN À L'IPPIPS

NUMÉRO MADO :

## SUIVI DE L'INTERVENTION PRÉVENTIVE AUPRÈS DES PARTENAIRES ASSURÉ PAR LA SANTÉ PUBLIQUE

NO	PARTENAIRE AVISÉ	ÉVALUATION/DÉPISTAGE	TRAITEMENT	NOM DU MÉDECIN
	Date : __/__/__ Non avisé <input type="checkbox"/>	Date __/__/__ Non fait <input type="checkbox"/> Inc. <input type="checkbox"/> PDR <input type="checkbox"/>	Date __/__/__ Non fait <input type="checkbox"/> Inc. <input type="checkbox"/> PDR <input type="checkbox"/>	
<b>Évaluation de la vaccination Hépatite A</b>			<b>Évaluation de la vaccination Hépatite B</b>	
Antécédent Hépatite A <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Inc. <input type="checkbox"/> PDR			Antécédent Hépatite B <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Inc. <input type="checkbox"/> PDR	
Clientèle vulnérable <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Inc.			Antécédent de vaccination <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Inc. <input type="checkbox"/> PDR	
Antécédent de vaccination <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Inc. <input type="checkbox"/> PDR			Nom du vaccin (si disponible) : _____	
Nom du vaccin (si disponible) _____			Nombre de doses (si disponible) : _____	
Nombre de doses (si disponible) _____			Date dernière dose (si disponible) _____	
Date dernière dose (si disponible) _____			Référé pour vaccin : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> données insuffisantes	
Référé pour vaccin : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> données insuffisantes			Commentaires : _____	
Commentaires : _____			_____	

NO	PARTENAIRE AVISÉ	ÉVALUATION/DÉPISTAGE	TRAITEMENT	NOM DU MÉDECIN
	Date : __/__/__ Non avisé <input type="checkbox"/>	Date __/__/__ Non fait <input type="checkbox"/> Inc. <input type="checkbox"/> PDR <input type="checkbox"/>	Date __/__/__ Non fait <input type="checkbox"/> Inc. <input type="checkbox"/> PDR <input type="checkbox"/>	
<b>Évaluation de la vaccination Hépatite A</b>			<b>Évaluation de la vaccination Hépatite B</b>	
Antécédent Hépatite A <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Inc. <input type="checkbox"/> PDR			Antécédent Hépatite A <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Inc. <input type="checkbox"/> PDR	
Clientèle vulnérable <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Inc. <input type="checkbox"/> PDR			Antécédent de vaccination <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Inc. <input type="checkbox"/> PDR	
Antécédent de vaccination <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Inc. <input type="checkbox"/> PDR			Nom du vaccin (si disponible) : _____	
Nom du vaccin (si disponible) _____			Nombre de doses (si disponible) : _____	
Nombre de doses (si disponible) _____			Date dernière dose (si disponible) _____	
Date dernière dose (si disponible) _____			Référé pour vaccin : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> données insuffisantes	
Référé pour vaccin : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> données insuffisantes			Commentaires : _____	
Commentaires : _____			_____	

# ENQUÊTE ÉPIDÉMIOLOGIQUE ITS MADO MONTRÉGIE ET SOUTIEN À L'IPPIPS

SOUTIEN À L'IPPIPS


NUMÉRO MADO :

## SUIVI DE L'INTERVENTION PRÉVENTIVE AUPRÈS DES PARTENAIRES ASSURÉS PAR LE CAS INDEX

No	PARTENAIRE AVISÉ	ÉVALUATION/TRAITEMENT	COMMENTAIRES
	<input type="checkbox"/> Oui    ___/___/___ (si connu) A    M    J <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/> PDR	
	<input type="checkbox"/> Oui    ___/___/___ (si connu) A    M    J <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/> PDR	
	<input type="checkbox"/> Oui    ___/___/___ (si connu) A    M    J <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/> PDR	
	<input type="checkbox"/> Oui    ___/___/___ (si connu) A    M    J <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/> PDR	
	<input type="checkbox"/> Oui    ___/___/___ (si connu) A    M    J <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/> PDR	
	<input type="checkbox"/> Oui    ___/___/___ (si connu) A    M    J <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/> PDR	
	<input type="checkbox"/> Oui    ___/___/___ (si connu) A    M    J <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/> PDR	
	<input type="checkbox"/> Oui    ___/___/___ (si connu) A    M    J <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/> PDR	








**ANNEXE 3**  
**DOSSIER DE LA PERSONNE INFECTÉE PAR UNE ITS**  
**SECTION : MÉDECIN TRAITANT**

Questionnaire relié à l'infection gonococcique

- données cliniques
- définitions nosologiques

Questionnaires reliés à la syphilis contagieuse

- données cliniques
  - résultats de laboratoire
  - classification du cas
- 

# ENQUÊTE ÉPIDÉMIOLOGIQUE RELIÉE À UN CAS DE GONORRHÉE

IDENTIFICATION DU CAS INDEX

NUMÉRO MADO :

NOM DU CAS INDEX :

ADRESSE :

n°

rue

ville

province

code postal

DATE DE NAISSANCE :

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
A M J

## DONNÉES CLINIQUES

Nom de l'infection :

Histoire de symptômes

Oui  Non

Date du début des symptômes \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
A M J

Inc.  Pas de rép.

Écoulement

Dysurie

Lésions

Douleur

Autre : *Précisez* \_\_\_\_\_

Disparition des symptômes

Oui

Non

Inconnu

Pas de rép.

## RAISON DU PRÉLÈVEMENT

Diagnostic (présence de signes ou symptômes)

Dépistage (absence de signes ou symptômes)

Inconnu

Pas de rép.

Date du prélèvement \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
A M J

SITE OU NATURE DU OU DES PRÉLÈVEMENTS POSITIFS. (Cochez **tous** ceux dont le résultat est **positif**).

Col

Pharynx

Trompe

Vagin

Anus/rectum

Articulation/synovial

Urètre

Urine

Autre : \_\_\_\_\_

## TECHNIQUE UTILISÉE POUR L'ANALYSE DU PRÉLÈVEMENT

Culture

Détection des acides nucléiques (PCR, LCR)

Autres :

Inconnu

## PROFIL DE RÉSISTANCE

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Pas de résistance (souche sensible)             | <input type="checkbox"/> Résistance à la ciprofloxacine | <input type="checkbox"/> Résistance à la céfixime    |
| <input type="checkbox"/> Souche productrice de $\beta$ -lactamase (NGPP) | <input type="checkbox"/> Résistance à la tétracycline   | <input type="checkbox"/> Résistance à la ceftriaxone |
| <input type="checkbox"/> Résistance à la pénicilline autre que NGPP      | <input type="checkbox"/> Inconnu                        | <input type="checkbox"/> Pas de réponse              |
| <input type="checkbox"/> Autre _____                                     |   |  |

## TRAITEMENT PRESCRIT (Cochez tous les antibiotiques prescrits)

Date du début du traitement : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
A M J

Date de fin du traitement (idem si unidose) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
A M J

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Céfixime ( <b>Suprax</b> ) 400 mg po | <input type="checkbox"/> Azithromycine ( <b>Zithromax</b> ) 1 g po   |
| <input type="checkbox"/> Ciprofloxacine (Cipro)               | <input type="checkbox"/> Doxycycline ( <i>Vibra-Tabs, Doryx, Doxycin, Doxytec, Apo-doxy, Novo-Doxylin, etc.</i> )  |
| <input type="checkbox"/> Ofloxacine (Floxin)                  | <input type="checkbox"/> Érythromycine ( <i>Erythromid,, Eryc, Erybid, Erythro, Erythrocin, Ilosone, Ilocytin,</i> |
| <input type="checkbox"/> Ceftriaxone (Rocephin)               | <input type="checkbox"/> Autre ( <i>précisez</i> ) :   |

Autres tests de dépistage :  Oui  Non  Inconnu  Pas de réponse

Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

Résultats si connu : \_\_\_\_\_

Patient avisé de ses résultats  Oui  Non : date prévue \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  inconnu  pas de réponse  
A M J

## VISITE DE CONTRÔLE

(date) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  Non prévue  Inconnu  Pas de réponse  
A M J

Commentaires :

---

---

---

---

---

---

Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
A M J

## DÉFINITION NOSOLOGIQUES<sup>1</sup>

### INFECTION GONOCOCCIQUES

#### INFECTION GONOCOCCIQUE GÉNITO-URINAIRE

##### CAS CONFIRMÉ

Isolement de *Neisseria gonorrhoeae* d'un spécimen du tractus urogénital

Ou

Détection d'antigènes de *Neisseria gonorrhoeae* à l'aide d'une technique EIA d'un spécimen d'origine urétrale ou endocervicale;

Ou

Détection d'acides nucléiques de *Neisseria gonorrhoeae* d'un spécimen approprié;

Ou

Observation de cocci intracellulaires Gram-négatifs dans un frottis de sécrétions urétrales prélevées chez un homme

#### INFECTION GONOCOCCIQUE DE L'ŒIL

##### CAS CONFIRMÉ

Isolement de *Neisseria gonorrhoeae* d'un prélèvement oculaire.

#### INFECTION GONOCOCCIQUE AUTRE

##### CAS CONFIRMÉ

Isolement de *Neisseria gonorrhoeae* dans un échantillon clinique provenant d'un site autre qu'oculaire ou urogénital.

<sup>1</sup> Groupe de travail sur les définitions nosologiques (2001) Surveillance des maladies à déclaration obligatoire au Québec : définitions nosologiques, MSSS.

# ENQUÊTE ÉPIDÉMIOLOGIQUE RELIÉE À UN CAS DE SYPHILIS INFECTIEUSE

IDENTIFICATION DU CAS INDEX

NUMÉRO MADO :

NOM DU CAS INDEX :

ADRESSE :

No

rue

ville

Province

code postal

DATE DE NAISSANCE :

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
A M J

## DONNÉES CLINIQUES

Stade de la syphilis

Primaire

Secondaire

Latente précoce  
(<1 an)

Latente tardive  
> 1 an

Autres

Histoire de symptômes

Oui

Non

Date du début des symptômes

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
A M J

Inc.

Pas de rép.

## DONNÉES CLINIQUES SPÉCIFIQUES À LA SYPHILIS

Ulcère génital ou chancre

Rash ou lésions cutanées (autres qu'ulcération génitale ou chancre)

Autres (précisez)

Description ou commentaires

Disparition des symptômes

Oui

Non

Inconnu

Pas de réponse

Raison du prélèvement

Diagnostic (présence de signes ou symptômes)

Dépistage (absence de signes ou symptômes)

Inconnu

Pas de réponse

## RÉSULTATS DE LABORATOIRE

### TESTS NON TRÉPONÉMIQUES

VDRL réactif (*précisez titre*) \_\_\_\_\_

VDRL non réactif

TRUST réactif (*précisez titre*) \_\_\_\_\_

TRUST non réactif

RPR positif (*précisez titre*) \_\_\_\_\_

RPR négatif

EIA positif

EIA négatif

### TESTS TRÉPONÉMIQUES (SÉROLOGIE OU MICROSCOPIE)

TP-PA réactif

TP-PA non réactif

MHA-TP réactif

MHA-TP non réactif

FTA-ABS réactif

FTA-ABS non réactif

FTA-ABS-DS-IgM réactif

FTA-ABS-DS-IGM NON RÉACTIF

MICROSCOPIE POSITIVE (FOND NOIR ET/OU DFA-TP)

RÉSULTAT(S) SUR LCR : \_\_\_\_\_

pléocytose

protéinorachie élevée

## RÉSULTATS ANTÉRIEURS DE TESTS NON TRÉPONÉMIQUES (SI DISPONIBLES)

TYPE DE TEST	RÉSULTAT – TITRE	Date
<input type="checkbox"/> VDRL réactif ( <i>précisez titre</i> ) _____		<input type="checkbox"/> TP-PA réactif
<input type="checkbox"/> VDRL non réactif		<input type="checkbox"/> TP-PA non réactif
<input type="checkbox"/> TRUST réactif ( <i>précisez titre</i> ) _____		<input type="checkbox"/> MHA-TP réactif
<input type="checkbox"/> TRUST non réactif		<input type="checkbox"/> MHA-TP non réactif
<input type="checkbox"/> RPR positif ( <i>précisez titre</i> ) _____		<input type="checkbox"/> FTA-ABS réactif
<input type="checkbox"/> RPR négatif		<input type="checkbox"/> FTA-ABS non réactif
<input type="checkbox"/> EIA positif		<input type="checkbox"/> FTA-ABS-DS-IgM réactif
<input type="checkbox"/> EIA négatif		<input type="checkbox"/> FTA-ABS-DS-IGM NON RÉACTIF
		<input type="checkbox"/> MICROSCOPIE POSITIVE (FOND NOIR ET/OU DFA-TP)

Patient avisé de ses résultats  Oui  Non : date prévue \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  inconnu  pas de réponse  
A M J

### TRAITEMENT PRESCRIT (cochez tous les antibiotiques)

Date du début traitement : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Date de fin du traitement (idem si unidose) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
A M J A M J

- Pénicilline G benzathine IM 2,4 millions unités X 1
- Pénicilline G benzathine IM 2,4 millions unités X 3
- Pénicilline G cristalline IV – dose : \_\_\_\_\_ Durée : \_\_\_\_\_ jours
- Autre (*précisez*) : \_\_\_\_\_

Autres tests de dépistage  oui  Non  inconnu  pas de réponse  
 Si oui, précisez : \_\_\_\_\_ Résultats si connus : \_\_\_\_\_

Visite de contrôle : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  Non prévue  Inconnu  Pas de réponse  
A M J

Commentaires :


Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
A M J

## VALIDATION DE LA CLASSIFICATION DES CAS DÉCLARÉS DE SYPHILIS


Syphilis infectieuse	CAS CONFIRMÉ : CONDITIONS REQUISES DANS LES DÉFINITIONS NOSOLOGIQUES
<input type="checkbox"/> Syphilis primaire <input type="checkbox"/> Confirmé <input type="checkbox"/> Non confirmé <input type="checkbox"/> En suspens	<input type="checkbox"/> Fond noir positif à <i>Treponema pallidum</i> ou anticorps fluorescents (DFA-TP) (chancre ou ganglion lymphatique régional) ou <input type="checkbox"/> Chancre compatible avec une syphilis primaire et test tréponémique (FTA-ABS, MHA-TP, TP-PA) positif ou <input type="checkbox"/> Chancre compatible avec une syphilis primaire et augmentation d'au moins quatre fois du titre du dernier test non tréponémique (VDRL, RPR, TRUST)
<input type="checkbox"/> Syphilis secondaire <input type="checkbox"/> Confirmé <input type="checkbox"/> Non confirmé <input type="checkbox"/> En suspens	<input type="checkbox"/> Fonds noir positif à <i>Treponema pallidum</i> ou d'anticorps fluorescents (DFA-TP) (lésions cutanéomuqueuses ou condylome plat) <b>ou présence des deux conditions suivantes:</b> <input type="checkbox"/> lésions cutanéomuqueuses typiques (alopécie, chute des cils et du tiers latéral des sourcils), iritis, adénopathies généralisées, fièvre, malaises ou splénomégalie; <b>ET</b> détection sérologique par des tests non tréponémique (VDRL, RPR, TRUST) et tréponémique (FTA-ABS, MHA-TP, TP-PA) ou augmentation d'au moins quatre fois du titre du dernier test non tréponémique (VDRL, RPR, TRUST) par rapport au précédent test .
<input type="checkbox"/> Syphilis latente précoce (≤ 1 an) <input type="checkbox"/> Confirmé <input type="checkbox"/> Non confirmé <input type="checkbox"/> En suspens	<b>Présence des trois conditions suivantes :</b> <input type="checkbox"/> absence de manifestations cliniques de syphilis; <b>et</b> <input type="checkbox"/> détection sérologique d'une infection à <i>Treponema pallidum</i> par des tests non tréponémique (VDRL, RPR, TRUST) et tréponémique (FTA-ABS, MHA-TP, TP-PA); <b>et</b> <input type="checkbox"/> une des situations suivantes au cours des douze derniers mois : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ un résultat négatif ou un titre quatre fois inférieur lors d'un test non tréponémique effectué antérieurement;</li> </ul> <b>ou</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ symptômes compatibles avec une syphilis primaire ou secondaire sans traitement subséquent;</li> </ul> <b>ou</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ contact sexuel avec une personne atteinte d'une syphilis primaire, secondaire ou latente précoce sans antécédent de traitement.</li> </ul>
Syphilis non contagieuse	CAS CONFIRMÉ : CONDITIONS REQUISES DANS LES DÉFINITIONS NOSOLOGIQUES
<input type="checkbox"/> Syphilis latente tardive (> 1 an)	<b>Présence des quatre conditions suivantes :</b> <input type="checkbox"/> détection sérologique d'une infection à <i>Treponema pallidum</i> par un test tréponémique (FTA-ABS, MHA-TP, TP-PA) indépendamment du résultat au test non tréponémique (VDRL, RPR, TRUST); et <input type="checkbox"/> absence de manifestations cliniques de syphilis; et <input type="checkbox"/> aucun traitement antérieur pour la syphilis; et <input type="checkbox"/> absence de situations suggérant l'acquisition de l'infection par <i>Treponema pallidum</i> au cours des douze derniers mois et telles que décrites au point 3 de la définition de cas de la syphilis latente précoce.





## ANNEXE 4

### DOSSIER DE LA PERSONNE INFECTÉE PAR UNE ITS SECTION : INTERVENTION D'HÉMOVIGILANCE

- ☐ Enquête épidémiologique : syphilis infectieuse seulement
  - ☐ Formulaire A  
Demande de retrait/rappel ou l'étude de dons antérieurs à Héma-Québec pour les personnes infectées ayant fait un don de sang
  - ☐ Formulaire B  
Partie 1 : demande d'enquête à Héma-Québec pour une personne infectée ayant reçu du sang
  - ☐ Formulaire B,  
Partie 2: Demande de la liste des produits transfusés aux centres hospitaliers
- 

# ENQUÊTE ÉPIDÉMIOLOGIQUE ITS MADO MONTRÉGIE ET SOUTIEN À L'IPPIPS

## INTERVENTION D'HÉMOVIGILANCE **SYPHILIS INFECTIEUSE SEULEMENT**

POUR LES CAS DE SYPHILIS PRIMAIRE, SECONDAIRE OU LATENTE PRÉCOCE DÉCLARÉS CHEZ DES FEMMES, SI AUCUN FACTEUR DE RISQUE N'EST IDENTIFIÉ LORS DE L'ENQUÊTE ÉPIDÉMIOLOGIQUE :

① Histoire d'insémination artificielle (sperme) dans les 6 mois précédant le début de la maladie<sup>1</sup> :

non                       oui                       ne sais pas

② Si oui, précisez les éléments suivants :

	Date de l'insémination	CH ou clinique	Coordonnées médecin responsable ou organisme responsable du don
#1	____/____/____ A M J		
#2	____/____/____ A M J		
#3	____/____/____ A M J		

Confirmer /compléter les informations auprès du ou des centres hospitaliers/cliniques concernés :

#1 Intervenant contacté : _____	Date : ____/____/____ A M J	Établissement : _____
#2 Intervenant contacté : _____	Date : ____/____/____ A M J	Établissement : _____
#3 Intervenant contacté : _____	Date : ____/____/____ A M J	Établissement : _____

③ **Aviser** le médecin responsable ou l'organisme responsable du programme de don (d'insémination) pour qu'ils puissent retracer le ou les donneurs et démarrer une enquête pour retracer les autres receveurs le cas échéant.

Responsable contacté : \_\_\_\_\_ date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_                      Initiales \_\_\_\_\_  
A M J

Responsable contacté : \_\_\_\_\_ date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_                      Initiales \_\_\_\_\_  
A M J

## POUR LES CAS DE SYPHILIS SECONDAIRE OU LATENTE PRÉCOCE

Dans les 6 mois précédant le début de la maladie<sup>1</sup>, la personne infectée a-t-elle reçu une transplantation d'organe(s) ?

Oui  Non  Ne sais pas

② Si oui précisez les éléments suivants :

Date de la transplantation	Type de don	Centre hospitalier	Coordonnées du médecin ou l'organisme responsable du programme
____/____/____ A M J			

<sup>1</sup> Si le début de l'infection est difficile à déterminer demander au cours de la dernière année.

**INTERVENTION D'HÉMOVIGILANCE SYPHILIS INFECTIEUSE SEULEMENT**

Confirmer/compléter les données nécessaires auprès du centre hospitalier concerné

Intervenant contacté : \_\_\_\_\_

date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
A M J

- ③ **Aviser** le médecin responsable ou l'organisme responsable du programme de don pour qu'ils puissent retracer le ou les donneurs et démarrer une enquête pour retracer les autres receveurs le cas échéant.

Médecin responsable     Québec Transplant/Directeur médical 1-514-286-1414     Autre \_\_\_\_\_

Nom du responsable contacté : \_\_\_\_\_

date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
A M J

**POUR LES CAS DE SYPHILIS SECONDAIRE OU LATENTE PRÉCOCE SEULEMENT, SI AUCUN FACTEUR DE RISQUE N'EST IDENTIFIÉ LORS DE L'ENQUÊTE ÉPIDÉMIOLOGIQUE**

- ① **Dans les 6 mois précédant le début de la maladie<sup>1</sup>, vérifier si le cas-index a REÇU une ou des transfusions de sang ou autres produits sanguins** (sang total, concentré de globules rouges, plaquettes, plasma congelé, plasma frais congelé, cryoprécipités, granulocytes, facteurs de coagulation et immunoglobulines I.V.) :

Oui     Non     Ne sais pas

- ② **Précisez** les éléments suivants

#1. Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Centre hospitalier : \_\_\_\_\_  
A M J

#2. Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Centre hospitalier : \_\_\_\_\_  
A M J

#3. Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Centre hospitalier : \_\_\_\_\_  
A M J

#4. Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Centre hospitalier : \_\_\_\_\_  
A M J

- ③ **Obtenir les données** nécessaires auprès du chargé de sécurité transfusionnelle du CH concerné –  
**FORMULAIRE B – Partie 2 à faire compléter**

#1. Chargé contacté : \_\_\_\_\_

date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
A M J

#2. Chargé contacté : \_\_\_\_\_

date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
A M J

#3. Chargé contacté : \_\_\_\_\_

date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
A M J

#4. Chargé contacté : \_\_\_\_\_

date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
A M J

- ④ **Joindre le FORMULAIRE B – PARTIE 2 complété**

- ⑤ **Aviser** Héma-Québec (**FORMULAIRE B**). Division Ouest (1 877 822-6111) ou le Directeur national de santé publique si le fournisseur est autre que Héma-Québec (SCS ou autre)

Intervenant contacté : \_\_\_\_\_

date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
A M J

- ⑥ **Joindre le formulaire b complété**

**Commentaires** (notes sur la collecte d'information, notes sur l'intervention)

<sup>1</sup> Si le début de l'infection est difficile à déterminer demander au cours de la dernière année.

# Formulaire A

## DEMANDE DE RETRAIT/RAPPEL OU D'ÉTUDE DE DONS ANTÉRIEURS À HÉMA-QUÉBEC POUR LES PERSONNES INFECTÉES AYANT FAIT UN DON DE SANG

Héma-Québec : Téléphone : Division Est (1-800-267-9711, poste 268) / Division Ouest (1-877-822-6111)  
Télécopieur : Division Est (1-418-656-9616) / Division Ouest (1-514-864-9983)

### IDENTIFICATION DU DONNEUR

Nom : _____	Prénom : _____
Date de naissance : ____/____/____ (aaaa/mm/jj)	Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>

### INFECTION EN CAUSE

Nom de la maladie : _____
Date du début de la maladie : ____/____/____ (aaaa/mm/jj)

Cochez s'il s'agit d'une **mise à jour** de l'information déjà fournie à Héma-Québec dans le cadre de la présente enquête pour ce donneur

Précisez : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (aaaa/mm/jj)  
NOM DE L'INTERVENANT DE LA DSP

\_\_\_\_\_ N° DE TÉLÉCOPIEUR DE LA DSP  
NOM DE LA DSP

### ACCUSÉ DE RÉCEPTION D'HÉMA-QUÉBEC

	OUI	NON
Intervention d'Héma-Québec : Retrait/ Rappel de produits entrepris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Étude de dons antérieurs entreprise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Aucune intervention n'est entreprise		
Précisez : _____		

\_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (aaaa/mm/jj)  
NOM DE L'INTERVENANT D'HÉMA-QUÉBEC

Veuillez retourner le formulaire avec la section « ACCUSÉ DE RÉCEPTION D'HÉMA-QUÉBEC » complété au numéro de télécopieur de la DSP mentionné ci-dessus.

# Formulaire B - Partie 1

## DEMANDE D'ENQUÊTE À HÉMA-QUÉBEC POUR UNE PERSONNE INFECTÉE AYANT REÇU DU SANG

Héma-Québec : Téléphone : Division Est (1-800-267-9711, poste 268) / Division Ouest (1-877-822-6111)  
Télécopieur : Division Est (1-418-656-9616) / Division Ouest (1-514-864-9983)

\_\_\_\_\_

N° de référence

INFECTION EN CAUSE : \_\_\_\_\_

DATE DE DÉBUT DE LA MALADIE : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (aaaa/mm/jj)

ÉNUMÉRER LES TESTS ET/OU MÉTHODES DIAGNOSTIQUES EMPLOYÉS			
Dates (aaaa-mm-jj)	Tests (Elisa, Riba, autre)	Laboratoire (nom)	Résultats (pos., nég., indéterminé)
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Cochez s'il s'agit d'une mise à jour de l'information déjà fournie à Héma-Québec dans le cadre de la présente enquête pour ce patient

Précisez : \_\_\_\_\_

JOINDRE LES INFORMATIONS SUR LES PRODUITS TRANSFUSÉS OBTENUES DU OU DES CENTRES HOSPITALIERS. ENLEVER LA SECTION IDENTIFICATION AU PRÉALABLE ET ACHEMINER À HÉMA-QUÉBEC.

\_\_\_\_\_  
NOM DE L'INTERVENANT DE LA DSP

Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (aaaa/mm/jj)

\_\_\_\_\_  
NOM DE LA DSP

\_\_\_\_\_  
N° DE TÉLÉCOPIEUR DE LA DSP

### ACCUSÉ DE RÉCEPTION D'HÉMA-QUÉBEC

\_\_\_\_\_  
NOM DE L'INTERVENANT D'HÉMA-QUÉBEC

Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (aaaa/mm/jj)

S'il vous plaît, accuser réception de la présente par télécopieur le plus tôt possible et nous aviser des résultats de l'enquête.

## Formulaire B - Partie 2

### DEMANDE DE LA LISTE DES PRODUITS TRANSFUSÉS AU CENTRE HOSPITALIER POUR UNE PERSONNE INFECTÉE AYANT REÇU DU SANG

Nom du chargé : \_\_\_\_\_

Nom du centre hospitalier : \_\_\_\_\_ No de télécopieur : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

N° de référence

	OUI	NON
INITIER UN RIAT *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* Si plusieurs banques de sang sont concernées, c'est le CH où le patient a reçu les dernières transfusions qui doit initier le rapport d'incident/accident transfusionnel (RIAT).

À REMPLIR PAR LE CHARGÉ DE SÉCURITÉ TRANSFUSIONNEL DU CENTRE HOSPITALIER (OU ANNEXEZ LA LISTE) POUR LES PRODUITS ADMINISTRÉS ENTRE LE :

Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (aaaa/mm/jj) ET LE Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (aaaa/mm/jj)

(PÉRIODE DÉTERMINÉE PAR LES QUESTIONS D'HÉMOVIGILANCE)

Produit sanguin transfusé	Groupe ABO/Rh de l'unité	N° de l'unité	Date de transfusion (aaaa/mm/jj)

Ajouter d'autres feuilles si nécessaire

\_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (aaaa/mm/jj)  
Nom de l'intervenant Centre hospitalier

**Veillez remplir le formulaire ou annexez les documents correspondants et retournez dans les meilleurs délais par télécopieur à :**

\_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (aaaa/mm/jj)  
NOM DE L'INTERVENANT DE LA DSP

\_\_\_\_\_ N° DE TÉLÉCOPIEUR DE LA DSP  
NOM DE LA DSP

**IDENTIFICATION DU RECEVEUR (NE PAS ACHEMINER CETTE SECTION À HÉMA-QUÉBEC)**

Nom du patient (à la naissance) : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Date de naissance (aaaa-mm-jj) : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexe :  F  M N° téléphone : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_



**ANNEXE 5**  
**LETTRES AUX MÉDECINS**

**LETRE AU MÉDECIN : INFORMATION SUR L'IPP,  
JOINDRE QUESTIONNAIRE SUR LES DONNÉES  
CLINIQUES**

Le

Nom du médecin

Adresse

Ville, province, code postal

Objet : Nom du patient :

DDN :

Diagnostic :

---

Docteur,

En Montérégie, les cas de gonorrhée génito-urinaire et de syphilis infectieuse ne cessent d'augmenter. Pour contrôler l'écllosion de ces infections, la Direction de santé publique de la Montérégie (DSP) a mis sur pied un service de soutien à l'intervention préventive auprès de ces personnes et auprès de leurs partenaires sexuels.

Ce service comprend l'offre d'information sur la maladie en cause, l'enquête sur les facteurs de risque, les conseils sur la santé sexuelle adaptés à leur situation, le rappel concernant la disponibilité de la vaccination contre l'hépatite B et l'hépatite A et l'offre de soutien à la notification aux partenaires. La participation des patients se fait sur une base volontaire et le respect de la confidentialité est assurée.

N'ayant pu vous joindre par téléphone, je vous fais parvenir le questionnaire d'enquête sur les données cliniques que **je vous demande de remplir et de retourner à la DSP.**

Pour toutes questions concernant votre patient ou l'offre de service qui lui sera présenté, vous pouvez me joindre entre 8 h 30 et 16 h 30 du lundi au vendredi au (450) 928-3231 ou au 1 800 265-6213.

En vous remerciant de votre précieuse collaboration, veuillez recevoir, cher Docteur, l'expression de mes sentiments distingués.

---

Infirmière au service de soutien à l'intervention préventive  
Programme maladies transmissibles.

**LETTRE AU MÉDECIN : COMPTE RENDU DE LA DÉMARCHÉ  
AUPRÈS DE SON PATIENT**

Le

Nom du médecin traitant

Adresse

Ville, province, Code postal

Objet : Nom du patient :

DDN :

Diagnostic :

---

Docteur,

Comme convenu, voici un suivi des démarches entreprises par notre service auprès de la personne ci haut mentionnée.

- Nous avons discuté des aspects importants de son infection.
- Nous avons rappelé la disponibilité de la vaccination gratuite contre l'hépatite B et nous avons vérifié son calendrier de vaccination.
- Nous avons rappelé la disponibilité de la vaccination gratuite contre l'hépatite A et nous avons vérifié son calendrier de vaccination.
- Nous avons complété avec elle la section du questionnaire d'enquête épidémiologique concernant les facteurs de risque et nous avons discuté de l'adoption de comportements à risque réduit.
- Cette personne a refusé un soutien en ce qui concerne la démarche de notification aux partenaires. Nous avons insisté sur la nécessité que son ou ses partenaires soient évalués et traités. Nous l'avons invitée à le ou les aviser le plus rapidement possible et à communiquer avec nous, au besoin.
- Cette personne a accepté un soutien en ce qui concerne la démarche de notification aux partenaires. Nous avons élaboré avec elle les stratégies qu'elle utilisera pour joindre le ou les partenaires qu'elle a décidés de joindre elle-même et nous avons vérifié l'information qu'elle leur donnera.
- Nous avons joint le ou les partenaires qu'elle nous a autorisés à notifier. Nous avons donné de l'information sur l'ITS en cause et sur les moyens à prendre pour réduire le risque de transmission. Nous avons rappelé la disponibilité de la vaccination gratuite contre l'hépatite B et contre l'hépatite A, selon le cas. Nous avons référé le ou les partenaires à un médecin pour l'évaluation et le traitement.

Pour obtenir plus d'information concernant ce dossier, vous pouvez me joindre entre 8 h 30 et 16 h 30 du lundi au vendredi au (450) 928-3231 ou au 1 800 265-6213.

En espérant le tout à votre entière satisfaction, veuillez recevoir, cher Docteur, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

---

Infirmière au service de soutien à l'intervention préventive  
Programme maladies transmissibles.

LETTRE AU MÉDECIN CONCERNANT L'INTERVENTION  
PRÉVENTIVE À FAIRE POUR LES CAS PRIORITAIRES;  
JOINDRE QUESTIONNAIRE SUR LES FACTEURS DE RISQUE  
ET LE FORMULAIRE DE SUIVI DE L'IPP

Le

Nom du médecin

Adresse

Ville, province, code postal

Objet : Nom du patient

DDN

Diagnostic :

---

Docteur,

Comme vous le savez sûrement déjà, les ITS sont en recrudescence au Québec et ailleurs en Amérique du Nord. Près de 40 % des partenaires d'une personne atteinte d'ITS ne sont pas avisés de leur exposition et plusieurs d'entre eux transmettront l'infection. Le dépistage précoce et le traitement adéquat des partenaires sont des interventions essentielles dans la lutte contre les ITS.

Pour prévenir la transmission des ITS, une intervention préventive, doit être réalisée auprès des personnes infectées (information sur la maladie en cause, counselling sur la santé sexuelle, rappel concernant la vaccination contre l'hépatite B et contre l'hépatite A, offre de soutien à la notification aux partenaires). Un service de soutien à l'intervention préventive, assuré par des infirmières de santé publique, est disponible dans notre région.

**Compte tenu que votre patient est atteint d'une ITS à déclaration obligatoire considérée prioritaire et qu'une intervention préventive doit être réalisée auprès de celui-ci, la Direction de santé publique sollicite votre collaboration pour réaliser cette démarche, soit :**

- lui offrir les **conseils préventifs** en matière de santé sexuelle afin de favoriser l'adoption et le maintien de pratiques sexuelles sécuritaires, ainsi que lui offrir la vaccination contre l'hépatite B et l'hépatite A, selon le cas, ou encore le référer pour qu'il puisse recevoir gratuitement ces vaccins;
- **lui expliquer l'importance et la nécessité** d'aviser tous ses partenaires sexuels, actuels et anciens;
- le **supporter dans sa démarche** pour aviser son ou ses partenaires;
  - en déterminant avec lui le ou les partenaires qu'il doit joindre,
  - et
  - en discutant des façons de procéder pour réaliser sa démarche,
- assurer un **suiti**, c'est à dire :
  - vérifier si tous les partenaires ont été joints et avisés,
  - et
- assurer l'**orientation du ou des partenaires** pour l'évaluation et le traitement, en les évaluant vous-même ou en les dirigeant vers d'autres professionnels.

Nous sollicitons aussi votre collaboration pour compléter les formulaires ci-joints qui nous résumant les facteurs de risque et l'intervention que vous aurez réalisée auprès de cette personne et de ses partenaires. Si vous le

préférez, il est aussi possible de nous contacter par téléphone afin de nous fournir les renseignements nécessaires sur l'intervention effectuée.

Étant donné le caractère prioritaire de ce cas, il est possible que nous vous contactions à nouveau d'ici un mois si nous n'obtenons pas de réponse de votre part.

Nous demeurons disponibles pour toute information supplémentaire. N'hésitez pas à communiquer avec nous pour adresser une demande de service ou discuter des modalités de celui-ci. Vous pouvez nous joindre entre 8 h 30 et 16 h 30 du lundi au vendredi au (450) 928-3231 ou au 1 800 265-6213.

En espérant que ces renseignements vous conviendront, veuillez agréer, Docteur, nos salutations les meilleures.

---

Infirmière au service de soutien à l'intervention préventive  
Programme maladies transmissibles.

FORMULAIRE DE SUIVI D'UNE INTERVENTION  
PRÉVENTIVE RÉALISÉE PAR LE MÉDECIN TRAITANT

Le

Professionnel de la santé publique

Établissement

Adresse

Ville, province, code postal

Objet : Nom du patient

DDN

Diagnostic

---

Bonjour,

Tel qu'entendu, une intervention préventive a été réalisée avec ce patient. En bref, à la fin de l'intervention, la situation est la suivante :

Nombre de partenaires dénombrés durant la période d'infection : \_\_\_\_\_

Nombre de partenaires avisés : \_\_\_\_\_

Nombre de partenaires non avisés : \_\_\_\_\_ Raisons : \_\_\_\_\_

Nombre de partenaires évalués et traités à notre clinique : \_\_\_\_\_

Nombre de partenaires connus qui ont été évalués et traités ailleurs : \_\_\_\_\_

Commentaires : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nom du médecin

\_\_\_\_\_  
Clinique



**LETTRES AUX CAS INDEX ET AUX PARTENAIRES**

**1<sup>RE</sup> LETTRE AU CAS INDEX**

**2<sup>E</sup> LETTRE AU CAS INDEX**

**1<sup>RE</sup> LETTRE AU PARTENAIRE**

**2<sup>E</sup> LETTRE AU PARTENAIRE**

**PREMIÈRE LETTRE AU CAS INDEX**

Le

Prénom et nom du cas index

Adresse

Ville et code postal

---

Bonjour,

Je désire communiquer avec vous pour discuter d'une information importante concernant votre santé.

N'ayant pu vous joindre par téléphone, je voudrais que vous communiquiez avec moi au numéro de téléphone (450) 928-3231 ou 1 800 265-6213 du lundi au vendredi, entre 8 h 30 à 16 h 30. Si je ne suis pas disponible au moment de votre appel, n'hésitez pas à laisser un message à ma secrétaire, précisant à quel moment et à quel numéro de téléphone je peux vous rappeler.

J'attends votre appel.

Merci de l'attention que vous porterez à cette lettre.

---

Infirmière au service de soutien à l'intervention préventive  
Programme maladies transmissibles.

DEUXIÈME LETTRE AU CAS INDEX

Le

Prénom et nom du cas index

Adresse

Ville et code postal

---

Bonjour,

Je désire communiquer avec vous pour discuter d'une information importante qui vous concerne. Récemment, des analyses de laboratoire ont été réalisées par votre médecin. Celles-ci ont permis de détecter une infection. Comme d'autres maladies infectieuses, cette maladie est signalée à la Direction de santé publique de votre région.

Cette lettre est la deuxième que je vous fais parvenir. Vous devez communiquer avec moi le plus rapidement possible. Vous pouvez me joindre au numéro de téléphone (450) 928-3231 ou 1 800 265-6213 du lundi au vendredi, entre 8 h 30 et 16 h 30. Si je ne suis pas disponible au moment de votre appel, n'hésitez pas à laisser un message à ma secrétaire, précisant à quel moment et à quel numéro de téléphone je peux vous rappeler.

J'attends votre appel.

Merci de l'attention que vous porterez à cette lettre.

---

Infirmière au service de soutien à l'intervention préventive  
Programme maladies transmissibles

**PREMIÈRE LETTRE AU PARTENAIRE**

Le

Prénom et nom du partenaire

Adresse

Ville et code postal

---

Bonjour,

Je désire communiquer avec vous pour discuter d'une information personnelle importante.

Nous avons reçu des informations indiquant que vous avez été en contact avec une personne qui avait une maladie contagieuse. Il est important de consulter un médecin le plus rapidement possible.

N'ayant pu vous joindre par téléphone, je voudrais que vous communiquiez avec moi au numéro de téléphone (450) 928-3231 ou 1 800 265-6213 du lundi au vendredi, entre 8 h 30 et 16 h 30. Si je ne suis pas disponible au moment de votre appel, n'hésitez pas à laisser un message à ma secrétaire, précisant à quel moment et à quel numéro de téléphone je peux vous rappeler.

J'attends votre appel.

Merci de l'attention que vous porterez à cette lettre.

---

Infirmière au service de soutien à l'intervention préventive  
Programme maladies transmissibles

DEUXIÈME LETTRE AU PARTENAIRE

Le

Prénom et nom du partenaire

Adresse

Ville et code postal

---

Bonjour,

Je désire communiquer avec vous pour discuter d'une information personnelle importante. Nous avons reçu des informations indiquant que vous avez été en contact avec une personne qui avait une maladie contagieuse. Il est important de consulter un médecin le plus rapidement possible.

Cette lettre est la **deuxième** que je vous fais parvenir. Vous devez communiquer avec moi le plus rapidement possible. Vous pouvez me joindre au numéro de téléphone (450) 928-3231 ou 1 800 265-6213 du lundi au vendredi, entre 8 h 30 et 16 h 30. Si je ne suis pas disponible au moment de votre appel, n'hésitez pas à laisser un message à ma secrétaire, précisant à quel moment et à quel numéro de téléphone je peux vous rappeler.

J'attends votre appel.

Merci de l'attention que vous porterez à cette lettre.

---

Infirmière au service de soutien à l'intervention préventive  
Programme maladies transmissibles



## ANNEXE 6

### RESSOURCES DISPONIBLES EN MONTÉRÉGIE



## RESSOURCES RÉGIONALES

SERVICES AUX PERSONNES ATTEINTES DU VIH		
Ressources psychosociales : soutien aux personnes VIH positives Caroline Roy Emiss-ère	(450) 651-9229 poste 22	462, boul. Sainte-Foy, Longueuil, Québec J4J 1Y2
RESSOURCES MÉDICALES POUR LE SUIVI DES PERSONNES VIH POSITIVES		
Clinique médicale l'Actuel	(514) 524-1001	1001, de Maisonneuve Est, suite 1130 Montréal, Québec H2L 4P9
Clinique médicale du Quartier Latin	(514) 285-5500	905, boul. René Lévesque Est Montréal, Québec H2L 5B1
CMIS (Centre maternel et infantile sur le sida) de l'Hôpital Sainte-Justine. Soutien et suivi médical aux femmes, femmes enceintes et leurs enfants.	(514) 345-4836	
CENTRES DE DÉPISTAGE ANONYME DU VIH		
CLSC la Presqu'île Madame Suzanne Quesnel	1-450-455-0507	490, boul. Harwood Vaudreuil-Dorion, Québec J7V 7H4
CLSC-CHSLD des Maskoutains Madame Suzanne Tremblay Ou Madame Pierrette Fournier	1-450-778-2572 préciser pour dépistage du VIH	2650, rue Morin Saint-Hyacinthe, Québec J2S 8H1
CLSC du Havre Madame Martine Angers Ou Madame Mélanie Boivin	1-450-746-4545 poste 700 préciser pour dépistage du VIH	30, rue Ferland Sorel-Tracy, Québec J3P 7N7
CLSC Huntingdon Madame Mireille Benoit	1-450-264-6108 préciser pour dépistage du VIH	10, rue King suite 200 Huntingdon, Québec J0s 1H0
PROGRAMME D'INTERVENTIONS PRÉVENTIVES POUR LES PERSONNES TOXICOMANES		
CLSC du Havre Madame Martine Angers Lundi au jeudi de 13 h à 16 h	450-746-4545 poste 700	30, rue Ferland Sorel-Tracy, Québec J3P 7N7
CLSC-CHSLD des Maskoutains Madame Pierrette Fournier Madame Isabelle Rodier	450-778-2572	2650, rue Morin Saint-Hyacinthe, Québec J2S 8H1
CLSC Longueuil-Ouest Madame Nicole Hébert	450-651-9832 poste 414	201, boul. Curé-Poirier Ouest Longueuil, Québec J4J 2C4
CLSC de la Haute-Yamaska Madame Dominique Beaudry	450-371-0143 poste 295	294, rue Deragon Granby, Québec J2G 5J5
CLSC Seigneurie de Beauharnois Madame Jacinthe Tessier	450-371-0143 poste 205	71, rue Maden, bureau 200 Salaberry-de-Valefield, Québec J6S 3V4
CLSC Longueuil-Est Madame Michelle Généreux	450-463-2850	388, rue Lamarre Longueuil, Québec J4J 1T2

## RESSOURCES

<b>ACTION SERO-ZÉRO</b> Prévention et intervention hommes gais	514 521-7778
<b>CENTRE DOLLARD-CORMIER</b> Service d'urgence toxicomanie	514-288-1515
<b>CENTRE DOLLARD CORMIER</b> Programme jeunesse-écoute, référence, accueil	514 982-4531
<b>CACTUS</b> Échange seringue, travail de rue	514 847-0067
<b>CRISS (soutien femme vivant avec VIH)</b>	514 855-8991
<b>DOPAMINE</b> Échange seringue et travail de rue	514 251-8872
<b>DROGUE, AIDE ET RÉFÉRENCES</b>	514 527-2626
<b>EN MARGE 12-17 ANS</b> Hébergement d'urgence	514 849-7117
<b>GAI ÉCOUTE</b>	514-866-0103
<b>GAY LINE</b>	514 866-5090
<b>GAP-VIE</b>	514-722-5655
<b>Soutien VIH communauté haïtienne</b>	514 722-5655
<b>JEUNESSE LAMBDA</b> Groupe de rencontre homme gai moins de 25 ans	514-528-7535
<b>LE REFUGE DES JEUNES</b> Hébergement, intervention, référence	514 849-4221
<b>LE BON DIEU DANS LA RUE</b> Accueil et références	514 526-7677
<b>LES ENFANTS DE BÉTHANIE</b> Écoute, accompagnement, références enfants, ados, familles touchés par le VIH	514 384-8070
<b>LIGNE INFO-SIDA</b> lundi-vendredi 9 h à 17 h	514 521-7432
<b>LIGNE ITS SECOURS</b>	514-855-8995
<b>LIGNE RÉSEAU CATIE</b> Info sur traitements, essais cliniques, thérapies alternatives	1-800-263-1638

<b>PASSAGE</b>	514 875-8119
hébergement d'urgence jeunes filles travailleuses du sexe	
<b>PIAMP</b>	514-284-1267
accompagnement, référence soutien mineur travailleurs du sexe	
<b>PROJET 10</b>	514-989-4585
jeunes 14-25 ans questionnaire orientation sexuelle	
<b>SPECTRE DE RUE</b>	514 528-1700
seringues milieu prostitution et jeunes toxicomanes, centre sud et centre-ville	
<b>SUICIDE ACTION</b>	514 723-4000
Ligne d'écoute et de soutien	