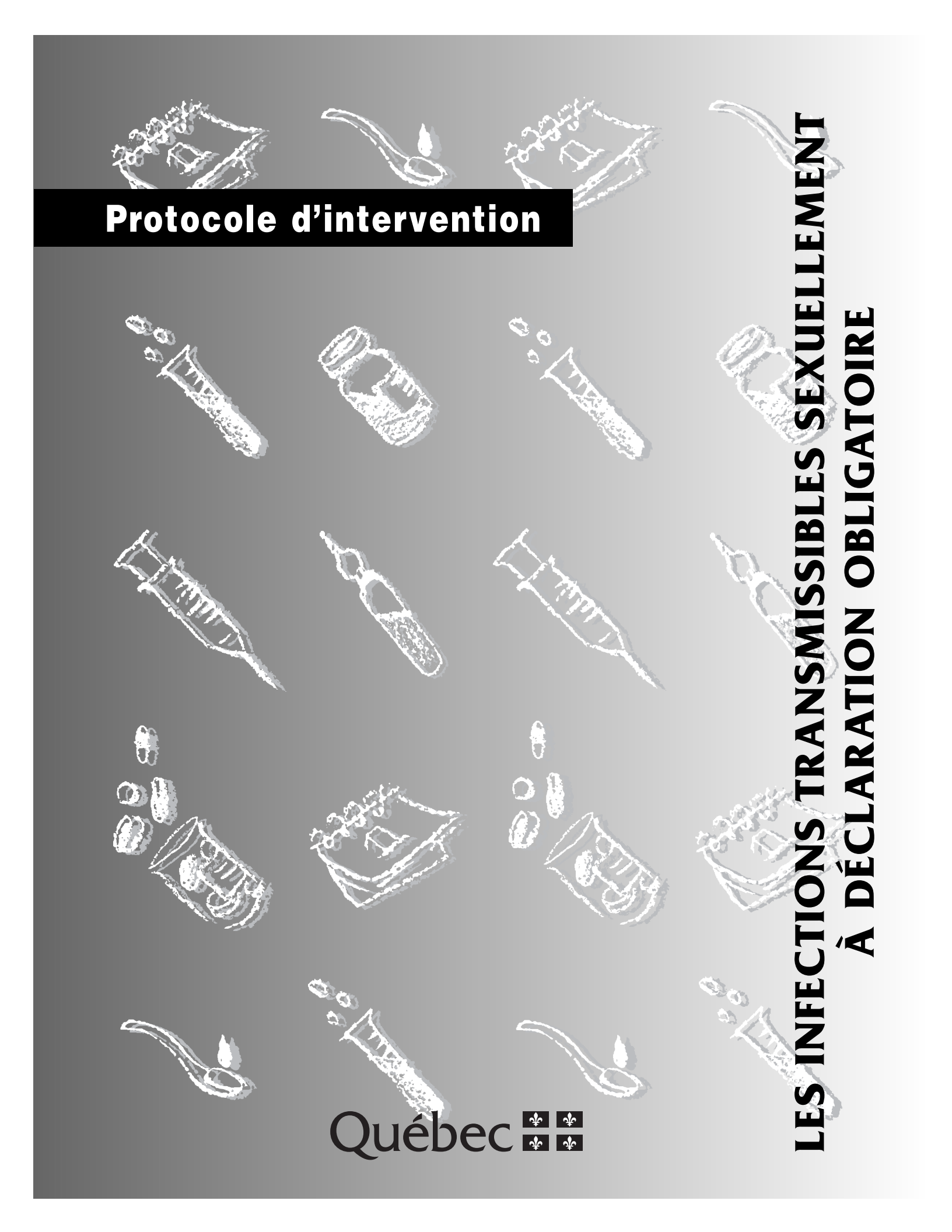




Protocole d'intervention

**LES INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT
À DÉCLARATION OBLIGATOIRE**

Québec 

Protocole d'intervention

MARS 2004

LES INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT À DÉCLARATION OBLIGATOIRE

Santé
et Services sociaux

Québec



RÉDACTION

Groupe de travail du Comité consultatif sur les infections transmissibles sexuellement (ITS)

Louise de la Boissière, infirmière, coordonnatrice en maladies infectieuses, Direction de santé publique du Saguenay – Lac-Saint-Jean

Monique Drapeau, médecin conseil, Direction de santé publique de l'Estrie

Michele Dupont, médecin conseil, Direction générale de la santé publique du MSSS

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

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

Avec la collaboration de

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

Laurent Delorme, microbiologiste-infectiologue, Centre hospitalier Charles Lemoyne

Secrétaires :

Brigitte Gendron, Direction générale de la santé publique du MSSS

Micheline Maheux, Direction de santé publique de Chaudières-Appalaches

Édition produite par :

Le ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications

Pour obtenir un exemplaire de ce document, faites parvenir votre commande par télécopieur : **(418) 644-4574**

par courriel : **communications@msss.gouv.qc.ca**

ou par la poste : **Ministère de la Santé et des Services sociaux
Direction des communications
1075, chemin Sainte-Foy, 16^e étage
Québec (Québec) G1S 2M1**

Ce document est disponible à la section **documentation**, sous la rubrique **publications** du site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux dont l'adresse est : **www.msss.gouv.qc.ca**

Dépôt légal

Bibliothèque nationale du Québec, 2004

Bibliothèque nationale du Canada, 2004

ISBN 2-550-42442-5

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec

REMERCIEMENTS

Le groupe de travail tient à remercier tous les membres du Comité consultatif sur les ITS qui ont révisé le document au fur et à mesure de sa rédaction. Leurs judicieux commentaires ont permis de bonifier le document.

Membres du Comité consultatif sur les ITS ¹

Sylvie Venne, MD MSc

Direction générale de la santé publique, MSSS
Direction des risques biologiques, environnementaux et occupationnels, Institut national de santé publique du Québec
Présidente du Comité consultatif sur les ITS

Michel Alary, M.D., FRCP, FRSQ

Direction des risques biologiques, environnementaux et occupationnels, Institut national de santé publique du Québec, Unité de recherche en santé des populations de l'Université Laval,
CHA Saint-Sacrement
Professeur titulaire, Département de médecine sociale et préventive, faculté de médecine, Université Laval

Louise de la Boissière, BSc. inf, MAP, secrétaire administrative

Coordonnatrice équipe maladies infectieuses, DRSP Saguenay–Lac-Saint-Jean

Laurent Delorme, M.D., FRCP

Département de microbiologie, Centre hospitalier Charles Lemoyne

Monique Drapeau, M.D.

DRSP de l'Estrie
Omnipratricienne à Sherbrooke, Clinique médicale Vimy

Michèle Dupont, M.D. MSc

Direction générale de la santé publique, MSSS
DSP Montréal Centre

Brigitte Fournier, M.D.

DSP Chaudière-Appalaches

Johanne Lefebvre, BSc biologie moléculaire

Laboratoire de santé publique du Québec

Raymond Parent, MSc (microbiologie), MSc (épidémiologie)

Direction des risques biologiques, environnementaux et occupationnels
Institut national de santé publique du Québec

Marc Steben, M.D., DES MedFam, DES SComm, CCMF, FCMF

DSP Montréal-Centre
Omnipraticien, Clinique médicale de l'Ouest

Membres liaisons

Harold Dion, M.D. CCMF, FCMF

Collège québécois des médecins de famille

Annie-Claude Labbé M.D., PhD, Centre hospitalier Maisonneuve-Rosemont

Association des microbiologistes infectiologues du Québec (AMIQ)

Cathy Sévigny,

Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses de Santé Canada
Division des infections acquises dans la collectivité

1. Le comité consultatif sur les ITS a terminé son mandat en décembre 2003

PRÉAMBULE

Ce deuxième cahier « **Protocole d'intervention** » du document «*Prévenir et enrayer les infections transmissibles sexuellement*» définit l'intervention de santé publique recommandée à la suite d'une déclaration d'infection transmissible sexuellement (ITS). En vertu du Règlement ministériel d'application de la Loi sur la santé publique (L.R.Q., c. S-2,.2) les ITS suivantes doivent être déclarées par tout médecin et tout dirigeant d'un laboratoire ou d'un département de biologie médicale au directeur de santé publique : le chancre mou, la lymphogranulomatose vénérienne, le granulome inguinal, l'infection à *Chlamydia trachomatis*, l'infection gonococcique et la syphilis.

Le document précise les aspects suivants :

- les définitions nosologiques et les définitions qui sont utilisées aux fins d'intervention ;
- l'enquête épidémiologique à réaliser à la suite d'une déclaration d'ITS-MADO ;
- les conseils préventifs à donner au cas-index à la suite de la déclaration d'un cas ;
- l'intervention préventive à effectuer auprès des partenaires de personnes infectées par une ITS ;
- les outils pour réaliser ces interventions.

Il convient de souligner que la situation épidémiologique des ITS est en évolution constante et que de nouvelles connaissances quant aux aspects biomédicaux se développeront au cours des prochaines années. Il sera donc important de s'assurer de la mise à jour des informations fournies dans ce document.

Le contenu de ce cahier a fait l'objet d'un consensus au sein du Comité consultatif sur les ITS et les principaux éléments ont été présentés aux professionnels des directions de santé publique œuvrant dans le domaine des ITSS lors des Forums ITSS 2002 et 2003.

Ce cahier s'adresse principalement aux professionnels des directions de santé publique des « agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux » et à leurs partenaires locaux.

TABLE DES MATIÈRES

<i>Introduction</i>	7
CHAPITRE 1 : DÉFINITIONS NOSOLOGIQUES ET DÉFINITIONS AUX FINS D'INTERVENTION	8
1.1 Définitions nosologiques des ITS à déclaration obligatoire	8
1.2 Définitions aux fins d'intervention	15
CHAPITRE 2 : ENQUÊTE ÉPIDÉMIOLOGIQUE À LA SUITE DE LA DÉCLARATION D'UNE ITS-MADO	17
2.1 Objectifs des enquêtes épidémiologiques	17
2.2 Interventions en lien avec les objectifs des enquêtes épidémiologiques	19
2.3 Collecte, saisie, traitement et analyse des données	20
2.4 Limites du système des maladies à déclaration obligatoire	22
2.5 Priorités d'intervention	23
2.6 Scénarios d'enquêtes	25
2.7 Aspects éthiques	27
CHAPITRE 3 : INTERVENTION PRÉVENTIVE	28
3.1 Intervention préventive auprès du cas-index	28
3.1.1 Counselling visant à réduire la durée de l'infectiosité et prévenir les complications	28
3.1.2 Counselling visant à réduire le taux d'exposition et l'efficacité de la transmission :	31
3.1.3 Counselling visant à promouvoir la vaccination contre l'hépatite B et contre l'hépatite A :	31
3.2 Intervention préventive auprès des partenaires	32
3.2.1 Counselling relatif à l'intervention préventive auprès des partenaires (IPP) :	33
3.2.2 Notification et intervention préventive auprès des partenaires	34
3.3 Étapes entourant l'intervention préventive en elle-même	34
3.4 Types d'approches pour l'intervention préventive auprès des partenaires	40
3.4.1 Intervention préventive auprès des partenaires selon l'approche négociée	41
3.4.2 Intervention préventive auprès des partenaires selon l'approche dite passive	45
CHAPITRE 4 : OUTILS D'INTERVENTION	47
4.1 Aides-mémoire	47
4.2 Formulaire d'intervention (annexes 1 à 5)	64
4.3 Lettres types relatives à l'intervention préventive auprès des partenaires (annexes 6 à 11) ..	65
4.4 Soutien à l'intervention préventive auprès des partenaires	66
RÉFÉRENCES	67

PROTOCOLE D'INTERVENTION DE SANTÉ PUBLIQUE INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT

Protocole d'intervention

INTRODUCTION

Les ITS, qui représentent près de 50 % de toutes les maladies déclarées au sein du système des maladies à déclaration obligatoire (MADO) au Québec, peuvent causer diverses complications qui ont des conséquences médicales, psychosociales et économiques fâcheuses pour les personnes éprouvées et pour la société. Des interventions visant à prévenir la survenue de complications, à réduire la durée de la période d'infectiosité et à réduire le risque de transmission peuvent être initiées suite à une déclaration d'ITS.

Le cahier « Situation et orientations » expose en détail l'ampleur du problème, les complications potentielles ainsi que les interventions préventives jugées efficaces.

Les ITS demeurent très présentes et sont un problème de santé publique suffisamment sérieux pour que des activités de contrôle de ces infections par les professionnels des directions de santé publique (DSP) soient maintenues et harmonisées, incluant des actions de vigie sanitaire. C'est dans cette perspective que le protocole actuel a été élaboré.

CHAPITRE 1 : DÉFINITIONS NOSOLOGIQUES ET DÉFINITIONS AUX FINS D'INTERVENTION

1.1 DÉFINITIONS NOSOLOGIQUES DES ITS À DÉCLARATION OBLIGATOIRE

Les définitions nosologiques sont établies pour favoriser la qualité et la fiabilité du système de surveillance des maladies à déclaration obligatoire (MADO). Essentiellement, le recueil des définitions nosologiques propose « *des définitions qui permettent de classer un cas de maladie infectieuse de la façon la plus précise possible²* ». Les définitions nosologiques répondent à des objectifs de surveillance afin que le système soit en mesure « *d'estimer le mieux possible l'incidence réelle des maladies transmissibles d'intérêt dans la population québécoise¹* ».

Ainsi, l'inclusion et la classification d'un cas déclaré au fichier MADO doit respecter les critères formulés dans le recueil des définitions nosologiques. La validation des cas déclarés correspond à la démarche entreprise au niveau régional, avant la saisie des données au fichier MADO, pour vérifier que la classification du cas respecte la définition nosologique en vigueur. Cette démarche est la première condition essentielle pour assurer la qualité de la surveillance des MADO.

Il est toutefois nécessaire de faire la distinction entre le diagnostic clinique établi par un médecin et la définition nosologique permettant de classer un cas à des fins de surveillance. « *Le contexte épidémiologique, des informations cliniques ou des résultats de laboratoires peuvent permettre aux médecins traitants de poser un diagnostic sans que le cas ne réponde à la définition de cas utilisée à des fins de surveillance¹* ».

Le processus d'élaboration de ces définitions est un processus dynamique qui doit s'adapter aux objectifs de surveillance et à l'environnement éthique et légal. Les définitions des ITS qui sont présentées dans ce document sont tirées de la dernière version de la mise à jour 2003-2004 des définitions nosologiques des maladies à déclaration obligatoire³. Il conviendra toutefois de vérifier périodiquement la mise à jour du recueil des définitions nosologiques.

² Arruda H et coll. Surveillance de maladies à déclaration obligatoire au Québec : Définitions nosologiques, 3^e édition, janvier 2001.

³ Rivest P. et coll. Surveillance des maladies à déclaration obligatoire au Québec : Définitions nosologique, 4^e édition, à venir.

CHANCRE MOU

Cas confirmé

Manifestations cliniques compatibles et isolement d'*Haemophilus ducreyi* dans un échantillon clinique approprié.

Cas clinique

Manifestations cliniques compatibles et présence des trois conditions suivantes :

1. un ou plusieurs ulcères génitaux douloureux ; **et**
2. aucune évidence d'infection à *Treponema pallidum* à l'examen sur fond noir de l'exsudat de l'ulcère ou à l'épreuve sérologique pour la syphilis effectuée au moins sept jours après l'apparition des ulcères ; **et**
3. aucune évidence d'infection à herpès simplex d'après la présentation clinique des ulcères ou la culture négative.

GRANULOME INGUINAL

Cas confirmé

Manifestations cliniques compatibles et détection de corps de Donovan sur un frottis ou une biopsie de tissus de granulation après coloration de Wright ou de Giemsa.

INFECTION À *CHLAMYDIA TRACHOMATIS*

Cas confirmé ⁽¹⁾

Présence d'une des cinq conditions suivantes :

1. isolement de *Chlamydia trachomatis* par culture cellulaire ; **ou**
2. détection d'antigènes de *Chlamydia trachomatis* à l'aide d'une technique EIA ou IFD dans un prélèvement d'origine conjonctivale, urétrale ou endocervicale ; **ou**
3. détection d'antigènes de *Chlamydia trachomatis* à l'aide d'une technique EIA ou IFD dans un prélèvement du rhinopharynx chez un nourrisson ; **ou**
4. détection d'acides nucléiques de *Chlamydia trachomatis* ; **ou**
5. détection sérologique d'IgM spécifiques chez un nourrisson.

Note explicative

- ⁽¹⁾ Sauf si des renseignements permettent de considérer deux déclarations comme deux épisodes distincts, un nouvel épisode d'infection à *Chlamydia trachomatis* ne devrait pas être créé à l'intérieur d'une période de deux mois suivant un épisode antérieur.

INFECTION GONOCOCCIQUE

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.

LYMPHOGRANULOMATOSE VÉNÉRIENNE

Cas confirmé

Manifestations cliniques compatibles et une des conditions suivantes :

1. isolement de *Chlamydia trachomatis* de sérotype L1, L2 ou L3 dans un échantillon clinique approprié ; **ou**
2. détection par immunofluorescence de corps d'inclusion dans des leucocytes obtenus par aspiration d'un ganglion inguinal ; **ou**
3. détection par une épreuve de micro-immunofluorescence d'une augmentation significative du taux d'anticorps spécifiques contre *Chlamydia trachomatis* de sérotype L1, L2 ou L3 entre le sérum prélevé en phase aiguë et celui prélevé en phase de convalescence ; **ou**
4. détection sérologique par une épreuve de micro-immunofluorescence d'un seul titre d'anticorps spécifiques contre *Chlamydia trachomatis* de sérotype L1, L2 ou L3 > 32 s'il s'agit d'IgM ou > 1024 s'il s'agit d'IgG.

Cas clinique

Manifestations cliniques compatibles incluant au moins un ganglion inguinal sensible et fluctuant ou des lésions proctogénitales typiques et détection par une épreuve de fixation du complément d'un seul titre d'anticorps contre *Chlamydia* de plus de 128.

SYPHILIS

SYPHILIS PRIMAIRE

Cas confirmé

Observation de *Treponema pallidum* dans un prélèvement provenant d'un chancre ou d'un ganglion lymphatique régional par un examen microscopique sur fond noir ou à l'aide d'anticorps fluorescents (DFA-TP) ;

ou

Détection dans un prélèvement d'un chancre par une technique d'amplification génique appropriée d'acides nucléiques de *Treponema pallidum*.

ou

Présence d'au moins un chancre compatible avec une syphilis primaire et détection sérologique d'une infection à *Treponema pallidum* par un test tréponémique (TP-PA, FTA-ABS-DS, MHA-TP, EIA ou autre méthode reconnue) indépendamment du résultat au test non tréponémique (VDRL, RPR, TRUST) chez une personne sans antécédent de syphilis ;

ou

Présence d'au moins un chancre compatible avec une syphilis primaire et augmentation d'au moins quatre fois du titre du dernier test non tréponémique (VDRL, RPR, TRUST) par rapport au précédent test non tréponémique chez une personne ayant déjà été traitée pour la syphilis.

SYPHILIS SECONDAIRE

Cas confirmé

Observation de *Treponema pallidum* dans un prélèvement provenant de lésions cutanéomuqueuses ou de condylome plat par un examen microscopique sur fond noir ou à l'aide d'anticorps fluorescents (DFA-TP) ;

ou

Présence des deux conditions suivantes :

1. détection sérologique d'une infection à *Treponema pallidum* par des tests non tréponémiques (VDRL, RPR, TRUST) et tréponémiques (TP-PA, FTA-ABS-DS, MHA-TP, EIA ou autre méthode reconnue) augmentation d'au moins quatre fois du titre du dernier test non tréponémique (VDRL, RPR, TRUST) par rapport au précédent test non tréponémique ; **et**
2. lésions cutanéomuqueuses typiques (alopécie, chute des cils et du tiers latéral des sourcils), iritis, adénopathies généralisées, fièvre, malaises ou splénomégalie.

SYPHILIS LATENTE PRÉCOCE

Cas confirmé

Présence des trois conditions suivantes :

1. absence de manifestations cliniques de syphilis ; **et**
2. détection sérologique d'une infection à *Treponema pallidum* par des tests non tréponémiques (VDRL, RPR, TRUST) et tréponémiques (TP-PA, FTA-ABS-DS, MHA-TP, EIA ou autre méthode reconnue) ; **et**
3. une des situations suivantes au cours des douze derniers mois :
 - un résultat négatif ou un titre quatre fois inférieur lors d'un test non tréponémique effectué antérieurement ; **ou**
 - symptômes compatibles avec une syphilis primaire ou secondaire sans traitement subséquent ; **ou**
 - contact sexuel avec une personne atteinte d'une syphilis primaire, secondaire ou latente précoce sans antécédent de traitement.

SYPHILIS LATENTE TARDIVE

Cas confirmé

Présence des quatre conditions suivantes :

1. détection sérologique d'une infection à *Treponema pallidum* par un test tréponémique (TP-PA, FTA-ABS-DS, MHA-TP, EIA ou autre méthode reconnue) indépendamment du résultat au test non tréponémique (VDRL, RPR, TRUST) ; **et**
2. absence de manifestations cliniques de syphilis ; **et**
3. aucun traitement antérieur pour la syphilis ; **et**
4. absence de situations suggérant l'acquisition de l'infection par *Treponema pallidum* au cours des douze derniers mois et telles que décrites au point 3 de la définition de cas de la syphilis latente précoce.

NEUROSYPHILIS

Cas confirmé

Détection sérologique d'une infection à *Treponema pallidum* par un test tréponémique (TP-PA, FTA-ABS-DS, MHA-TP, EIA ou autre méthode reconnue) indépendamment du résultat au test non tréponémique (VDRL, RPR, TRUST) chez une personne qui présente **une des trois** conditions suivantes :

1. un VDRL, utilisant une méthode spécifique validée, réactif sur un LCR non sanguinolent **ou**
2. manifestations cliniques compatibles avec une neurosyphilis (ex.: syphilis méningo-vasculaire, parésie généralisée ou *tabes dorsalis*) et pléiocytose sur le LCR en l'absence d'autres causes ; **ou**
3. manifestations cliniques compatibles avec une neurosyphilis (ex.: syphilis méningo-vasculaire, parésie généralisée ou *tabes dorsalis*) et protéinorachie sur le LCR en l'absence d'autres causes.

SYPHILIS TERTIAIRE AUTRE QUE LA NEUROSYPHILIS

Cas confirmé

Détection sérologique d'une infection à *Treponema pallidum* par un test tréponémique (TP-PA, FTA-ABS-DS, MHA-TP, EIA ou autre méthode reconnue) indépendamment du résultat au test non tréponémique (VDRL, RPR, TRUST) chez une personne qui présente les deux conditions suivantes :

1. manifestations cliniques compatibles au niveau du système cardiovasculaire, osseux ou cutané en l'absence d'autres causes ; **et**
2. absence de manifestations cliniques ou d'épreuves de laboratoire compatibles avec une neurosyphilis.

SYPHILIS CONGÉNITALE

Cas confirmé

Observation chez un nourrisson ou chez un enfant mort-né de *Treponema pallidum* dans un échantillon clinique (prélèvements du placenta, du cordon ombilical, d'exsudat nasal ou de lésions cutanées) ou dans du matériel d'autopsie par un examen microscopique sur fond noir ou à l'aide d'anticorps fluorescents (DFA-TP) ;

ou

Présence chez un nouveau-né ou un nourrisson des trois conditions suivantes :

1. détection sérologique d'une infection à *Treponema pallidum* par des tests non tréponémiques (VDRL, RPR, TRUST) et tréponémiques (TP-PA, FTA-ABS-DS, MHA-TP, EIA ou autre méthode reconnue) faite à partir de sang veineux (et non de sang du cordon ombilical) ; **et**
2. manifestations cliniques, biochimiques ou radiographiques de syphilis congénitale compatibles au niveau du système cardiovasculaire, osseux ou cutané en l'absence d'autres causes ; **et**
3. absence de traitement adéquat chez la mère.

SYPHILIS SANS PRECISION

Les informations recueillies à partir des déclarations et des enquêtes épidémiologiques devraient permettre la classification des cas de syphilis. En l'absence de données suffisantes malgré tous les efforts raisonnables pour les obtenir, certains cas ne pourront pas être classifiés.

Cas confirmé

Présence des deux conditions suivantes :

1. détection sérologique d'une infection à *Treponema pallidum* par un test tréponémique (TP-PA, FTA-ABS-DS, MHA-TP, EIA ou autre méthode reconnue) indépendamment du résultat au test non tréponémique (VDRL, RPR, TRUST) ; **et**
2. renseignements cliniques disponibles ne permettant pas de classer le stade clinique du cas tel que définit précédemment.

Notes complémentaires

Les laboratoires doivent déclarer aux directions de santé publique les résultats de laboratoires en lien avec la syphilis qui répondent aux critères suivants :

1. **Tous** les résultats positifs d'observation de *Treponema pallidum* dans un prélèvement provenant d'un chancre ou d'un ganglion lymphatique par un **examen microscopique sur fond noir**, à l'aide **d'anticorps fluorescents (DFA-TP)** ou à l'aide **de tout autre test spécifique reconnu** pour le *Treponema pallidum*.
2. **Tous** les résultats positifs de tests non tréponémiques sur un sérum (VDRL, RPR, TRUST ou autre), peu importe le titre, **confirmés par un test tréponémique** (TP-PA, FTA-ABS-DS, MHA-TP, EIA ou tout autre test reconnu). La déclaration doit inclure le titre de dilution du résultat (1/1 , 1/2, 1/4, 1/8, etc.).
3. **Même en présence d'une épreuve non tréponémique négative, tous les résultats positifs d'épreuves tréponémiques** (TP-PA, FTA-ABS-DS, MHA-TP, EIA ou tout autre test reconnu), lorsque les informations disponibles tel que des données cliniques inscrites sur la requête suggèrent une **acquisition récente de la syphilis**.
4. **Tous** les résultats positifs d'un **VDRL** utilisant une **procédure spécifique validée pour le diagnostic de la neurosyphilis** sur un spécimen de liquide céphalo-rachidien (Cette épreuve spécifique doit habituellement être effectuée par un laboratoire de référence).

Les cas ayant déjà été déclarés et qui présenteraient un profil de résultats de tests non tréponémiques et/ou tréponémiques pouvant suggérer l'acquisition d'une nouvelle infection devraient faire l'objet d'une déclaration.

Les directions de santé publique de chaque territoire qui recevront les déclarations des laboratoires de résultats positifs de tests en lien avec la syphilis devront établir une grille de décision qui leur permettra de déterminer dans quels cas une intervention de santé publique devra être entreprise (voir section 2.5).

1.2 DÉFINITIONS AUX FINS D'INTERVENTION

Lexique de certains termes couramment utilisés⁴

Infection : pénétration, dans un organisme, d'agents pathogènes microscopiques capables de s'y multiplier et d'y reproduire des entités identiques.

Réinfection : réapparition des manifestations d'une maladie infectieuse chez un sujet guéri, à la suite d'une nouvelle exposition à l'agent causal (réinfection exogène).

Récurrence : réapparition des manifestations d'une maladie infectieuse chez une sujet apparemment guéri, sans qu'il y ait eu une nouvelle exposition à l'agent causal (réinfection endogène).

Cas-index : individu chez qui on a diagnostiqué l'infection.

Partenaire ou cas-contact : dans le cas des ITS, le terme « partenaire » fait spécifiquement référence aux partenaires sexuels. Dans le contexte de l'intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une ITS et leurs partenaires, il faut préciser la période de temps au cours de laquelle une transmission a pu survenir afin d'identifier les partenaires ayant pu être exposés ou « cas-contact »⁵ :

Cas-contact d'un cas-index atteint d'une infection génitale à *Chlamydia trachomatis* :

- contact sexuel avec un cas-index dans les 60 jours précédant le début des symptômes ou le moment du diagnostic ;
- le plus récent partenaire du cas-index, s'il n'y a aucun partenaire dans les derniers 60 jours précédant le début des symptômes ou le moment du diagnostic ;
- contact sexuel avec un cas-index avant que celui-ci ait complété son traitement, ou moins de 7 jours après un traitement unidose ;
- contact sexuel avec un cas-index symptomatique.

Cas-contact d'un cas-index atteint d'une infection gonococcique :

- contact sexuel avec un cas-index dans les 60 jours précédant le début des symptômes ou le moment du diagnostic ;
- le plus récent partenaire du cas-index, s'il n'y a aucun partenaire dans les derniers 60 jours précédant le début des symptômes ou le moment du diagnostic ;
- contact sexuel avec un cas-index avant que celui-ci ait complété son traitement ou moins de 7 jours après un traitement unidose ;
- contact sexuel avec un cas-index symptomatique.

⁴ Jammal A., R. Allard, G. Loslier. : Dictionnaire d'épidémiologie, Maloine, Paris, 1988. 171 pages.

⁵ Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines 2002, MMWR Vol 51 No RR-6, May 10 , 2002. 84p. <http://www.cdc.gov/mmwr/>

Cas-contact d'un cas-index atteint de syphilis infectieuse :

- syphilis primaire : Contact sexuel avec un cas-index jusqu'à 90 jours avant le début des symptômes ou le diagnostic, ou contact sexuel pendant la durée des symptômes ;
- syphilis secondaire : Contact sexuel avec un cas-index jusqu'à 6 mois avant le début des symptômes ou le diagnostic, ou contact sexuel pendant la durée des symptômes ;
- syphilis latente précoce : Contact sexuel avec un cas-index jusqu'à un an avant le diagnostic.

Cas-contact d'un cas-index atteint de syphilis latente tardive

- les anciens partenaires devraient idéalement être référés pour évaluation clinique et sérologique, dans la mesure où cela s'avère pertinent et réalisable ;
- si le titre de test non tréponémique est élevé (par exemple 1 :32 ou plus), il est plus prudent d'agir comme si c'était une syphilis latente précoce et rechercher d'emblée les partenaires de la dernière année.

Cas contact d'un cas-index atteint d'un chancre mou

- contact sexuel avec un cas-index jusqu'à 10 jours avant le début des symptômes.

Cas-contact d'un cas-index atteint d'une lymphogranulomatose vénérienne

- contact sexuel avec un cas-index jusqu'à 30 jours avant le début des symptômes.

Cas-contact d'un cas-index atteint d'un granulome inguinal

- contact sexuel avec un cas-index jusqu'à 60 jours avant le début des symptômes.

CHAPITRE 2 : ENQUÊTE ÉPIDÉMIOLOGIQUE À LA SUITE DE LA DÉCLARATION D'UNE ITS-MADO

2.1 OBJECTIFS DES ENQUÊTES ÉPIDÉMIOLOGIQUES

Les enquêtes épidémiologiques peuvent répondre à la fois à des objectifs de surveillance, à des objectifs de prévention, et à des objectifs de protection de la santé publique. Les enquêtes épidémiologiques sont un moyen (pas nécessairement le seul) d'atteindre ces objectifs.

Objectifs de surveillance et de prévention

1. Validation :

Recueillir les informations requises pour vérifier que la classification du cas respecte les définitions nosologiques.

2. Planification des interventions préventives :

- établir un portrait de la situation épidémiologique permettant d'identifier les cibles d'interventions préventives. Les informations essentielles correspondent aux éléments de base en épidémiologie des infections, soit les caractéristiques TLP (temps, lieu, personnes). Ainsi une planification adéquate des interventions requiert l'établissement périodique de la distribution des cas selon l'âge, le sexe, la région et les facteurs de risque ;
- identifier des indicateurs permettant d'évaluer directement ou indirectement l'intervention préventive : ex. : programmes de dépistage, lignes directrices de traitement, etc ;

Objectifs de protection de la santé publique

1. réduction du taux d'exposition à une ITS ;
2. réduction de l'efficacité de la transmission d'une ITS ;
3. réduction de la durée de l'infectiosité d'une ITS.

Les interventions requises pour atteindre ces objectifs peuvent être réalisées à un niveau « populationnel » et à un niveau « individuel »⁶. Les enquêtes épidémiologiques s'apparentent surtout à une intervention de niveau « individuel » et peuvent permettre de rejoindre des personnes qui n'ont pas été touchées par les interventions de nature populationnelle.

⁶ La figure 8 du cahier « Situation et orientations : les infections transmissibles sexuellement à déclaration obligatoire » résume les différentes interventions recommandées en fonction des objectifs à atteindre.

Les interventions suivantes peuvent ainsi être réalisées dans le cadre d'une enquête épidémiologique :

- offrir un counselling préventif :
 - ✓ favoriser l'adoption et le maintien de pratiques sexuelles sécuritaires ;
 - ✓ adapter l'intervention aux besoins spécifiques du cas-index par exemple, par des conseils relatifs à la réduction des méfaits liés à la toxicomanie, le cas échéant.
- offrir l'immunisation contre les hépatites A et B en conformité avec le programme d'immunisation du Québec ;
- favoriser l'administration d'un traitement efficace : favoriser le choix de traitement en accord avec les lignes directrices, promouvoir la fidélité au traitement prescrit ;
- promouvoir et soutenir l'intervention préventive auprès des partenaires des personnes infectés par une ITS.

2.2 INTERVENTIONS EN LIEN AVEC LES OBJECTIFS DES ENQUÊTES ÉPIDÉMIOLOGIQUES

Fonction de santé publique	Objectifs des enquêtes épidémiologiques
SURVEILLANCE/VIGIE	• validation des cas ; • établissement d'un portrait de la situation épidémiologique : distribution des cas selon l'âge, le sexe, la région et les facteurs de risque ; • identification des indicateurs permettant d'évaluer directement ou indirectement l'intervention préventive ex. : programmes de dépistage, lignes directrices de traitement.

INTERVENTIONS RELATIVES AUX OBJECTIFS DE SURVEILLANCE

- vérifier que la classification du cas respecte les définitions nosologiques ;
- rechercher les informations pertinentes au niveau des caractéristiques démographiques et des facteurs de risque ;
- analyser et diffuser des données de surveillance.

- | | |
|---------------------------------|---|
| PRÉVENTION ET PROTECTION | <ul style="list-style-type: none">• Réduction du taux d'exposition à une ITS ;• Réduction de l'efficacité de la transmission d'une ITS ;• Réduction de la durée de l'infectiosité d'une ITS ; |
|---------------------------------|---|

INTERVENTIONS RELATIVES AUX OBJECTIFS DE PRÉVENTION ET PROTECTION

- conseiller le cas-index pour prévenir la transmission de son infection et pour prévenir de futures expositions ou des réinfections : réduction du nombre de partenaires, utilisation des méthodes barrières, pratiques sexuelles sécuritaires ;
- faciliter l'accès à un traitement adéquat ;
- identifier les possibilités d'échec de traitement et en aviser le médecin traitant ;
- offrir la vaccination contre l'hépatite B et l'hépatite A selon les recommandations du programme de vaccination gratuite du MSSS ;
- sensibiliser à l'intervention préventive auprès des partenaires et offrir un soutien selon l'organisation régionale ;
- référer aux services adaptés aux besoins du cas-index et de ses partenaires.

2.3 COLLECTE, SAISIE, TRAITEMENT ET ANALYSE DES DONNÉES

Données recueillies par le système de déclaration des maladies à déclaration obligatoire (MADO)

Pour les cas déclarés répondant aux critères des définitions nosologiques, les variables recueillies à partir des déclarations sont saisies dans le fichier des MADO. Le règlement d'application stipule que le médecin qui fait une déclaration doit fournir les renseignements suivants :

- le nom de l'infection en précisant, pour la syphilis, si celle-ci est primaire, secondaire, latente de moins ou de plus de 1 an, congénitale, tertiaire ou d'une autre forme ;
- le nom, le sexe, l'occupation, la date de naissance, l'adresse incluant le code postal, le numéro de téléphone et le numéro d'assurance maladie de la personne atteinte ;
- la date du début de la maladie ;
- s'il a effectué des prélèvements pour analyse en laboratoire, la date de ces prélèvements et le nom des laboratoires qui procèderont aux analyses ;
- son nom, son numéro de permis d'exercice et les numéros de téléphone où il peut être rejoint ;
- dans le cas de la syphilis s'ajoutent des informations relatives à l'hémovigilance sur les dons de sang, d'organes ou de tissus faits par la personne atteinte et les informations sur le sang, les produits sanguins, les organes ou les tissus reçus par la personne atteinte.

Le règlement d'application stipule que le dirigeant d'un laboratoire ou d'un département de biologie médicale qui fait une déclaration en vertu du présent chapitre doit fournir les renseignements suivants :

- le nom de l'infection ou de la maladie pour laquelle il déclare un résultat d'analyse positif⁷ ;
- le type de prélèvement, y compris le site où il a été prélevé, la date où il a été effectué, les analyses effectuées et les résultats obtenus ;
- le nom et le numéro du permis d'exercice du professionnel de la santé qui a demandé les analyses ;
- le nom, le sexe, la date de naissance, l'adresse incluant le code postal, le numéro de téléphone et le numéro d'assurance maladie de la personne sur qui on a effectué le prélèvement ;
- le nom du laboratoire ou du département de biologie médicale, son adresse, le nom de la personne qui signe la déclaration et les numéros de téléphone où elle peut être rejointe.

⁷ Jusqu'à maintenant, les laboratoires n'étaient pas tenus à la déclaration des cas de syphilis. Il faut aussi réaliser que les laboratoires ne sont généralement pas en mesure d'indiquer le stade clinique de la syphilis.

La gestion de ce fichier est actuellement réalisée par le Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ). Plusieurs mesures sont prévues pour protéger la confidentialité des données du fichier MADO ; le LSPQ doit en effet se conformer aux exigences de la Loi sur la protection des renseignements en conformité avec la Commission d'accès à l'information du Québec (CAI) pour la gestion de ce type de fichier.

Par ailleurs :

- toutes les personnes impliquées dans la surveillance des MADO sont tenues de préserver la confidentialité des données traitées ;
- les données nominatives ne sont accessibles qu'aux seuls professionnels habilités au niveau régional ;
- les données nominatives ne sont pas accessibles aux fins d'analyses de niveau provincial ; les données sont alors uniquement accessibles dans un fichier dépersonnalisé (dont les données nominatives ont été soustraites) ;
- les rapports d'analyses comportent des données agrégées seulement.

Au niveau provincial, les données du système de surveillance des ITS à déclaration obligatoire sont compilées annuellement, un rapport est diffusé dans le réseau de la santé publique et est accessible sur le site Internet du MSSS. De plus, les données du fichier MADO sont examinées périodiquement afin de suivre l'épidémiologie des ITS et d'identifier précocement les situations potentielles d'éclosion.

Au niveau régional, les DSP sont responsables d'effectuer une surveillance/vigie à partir des données MADO de leur région, d'effectuer un portrait de l'état de santé de la population du territoire et de diffuser l'information pertinente à leurs partenaires.

Les variables recueillies à partir des déclarations sont toutefois insuffisantes pour atteindre l'ensemble des objectifs de surveillance, de prévention et de protection.

Données recueillies lors des enquêtes épidémiologiques

L'enquête épidémiologique permet non seulement de valider l'information recueillie à partir des déclarations mais permet aussi de recueillir les informations complémentaires requises pour être en mesure de réaliser l'intervention préventive appropriée. Après avoir identifié les variables d'intérêt pour l'atteinte des objectifs préalablement définis, des formulaires d'enquêtes épidémiologiques (voir section 4.2) ont été élaborés afin de standardiser la cueillette d'information et harmoniser les interventions préventives.

Actuellement, l'inclusion de l'ensemble des renseignements recueillis lors des enquêtes épidémiologiques dans le fichier MADO est très difficilement réalisable. C'est pourquoi d'autres modalités doivent être prévues pour l'analyse de ces données d'enquête, que ce soit au niveau régional ou provincial. Par exemple, suite à une recommandation du Comité consultatif sur les ITS, il a été retenu par la Table de concertation nationale en maladies infectieuses (TCNMI) d'effectuer une saisie des données des enquêtes réalisées suite à une déclaration d'infection gonococcique dans une banque de données dépersonnalisée, distincte du fichier MADO. Une compilation et analyse des données agrégées sont effectuées par le Bureau de surveillance épidémiologique et de vigie du MSSS.

Les objectifs poursuivis dans cette démarche sont de préciser la distribution des facteurs de risque des cas déclarés d'infection gonococcique, et de mettre en parallèle les traitements prescrits en fonction du développement de la résistance. Les renseignements obtenus par ces actions de vigie sanitaire et de surveillance permettent d'identifier et de cibler les interventions préventives appropriées.

2.4 LIMITES DU SYSTÈME DES MALADIES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE

En plus de permettre la réalisation d'intervention préventive auprès de personnes infectées, la déclaration obligatoire de certaines ITS fournit des informations essentielles pour suivre l'épidémiologie de ces infections, détecter la survenue d'éclosion et identifier les principales caractéristiques des cas déclarés. **Toutefois, il est reconnu qu'un tel système sous-estime la réalité :**

- la déclaration est essentiellement basée sur le résultat de tests de laboratoire. Comme ces infections sont la plupart du temps asymptomatiques ou avec des symptômes relativement discrets, plusieurs personnes infectées ne consultent pas et leur infection n'est alors ni détectée, ni déclarée ;
- certaines personnes infectées peuvent consulter, mais ne pas avoir de confirmation de leur infection par un test de laboratoire, soit que le test n'ait pas été effectué (diagnostic sur une base clinique) ou que le résultat du test ait été faussement négatif. Ces cas ne sont habituellement pas déclarés et, même s'ils l'étaient sur une base clinique, ne répondraient souvent pas aux définitions nosologiques et ne seraient pas retenus dans le système MADO.

Par ailleurs, **la validité des informations recueillies dans le cadre du système des maladies à déclaration obligatoire n'est pas toujours optimale.**

Les définitions nosologiques présentées au chapitre 1 sont conçues pour assurer d'une part une sensibilité suffisante (identifier les cas infectés) mais aussi une bonne spécificité (ne pas inclure des personnes qui ne sont pas infectées). Théoriquement, tous les cas inscrits dans MADO doivent respecter les critères des définitions nosologiques. Pour s'en assurer, les informations fournies lors de la déclaration doivent être validées et complétées au besoin lors de l'enquête épidémiologique. En effet, l'information fournie lors de la déclaration est souvent insuffisante pour valider le cas en fonction des critères des définitions nosologiques et le meilleur exemple est celui de la syphilis. La classification des cas de syphilis à des fins de surveillance et de vigie est complexe et doit respecter des critères précisés dans les définitions nosologiques. Le diagnostic du médecin est basé sur des critères cliniques qui peuvent différer des critères de surveillance. En effet, les critères cliniques peuvent être plus sensibles mais moins spécifiques. L'absence de validation des critères cliniques et de laboratoires des déclarations de syphilis peut introduire un biais important de classification des cas.

Le fichier des MADO contient aussi des informations supplémentaires qui permettent de mieux caractériser la situation épidémiologique de certaines infections. Ces informations doivent aussi être validées. Un exemple de ce type d'information inscrite au fichier MADO est l'identification de résistance à un antibiotique (infection gonococcique). Il peut arriver que

la déclaration soit acheminée à la direction de santé publique (DSP) avant que les résultats finaux du LSPQ soient disponibles. La validité du fichier MADQ sera tributaire de la vérification et de la mise à jour des informations qui y sont inscrites.

2.5 PRIORITÉS D'INTERVENTION

Idéalement, toutes les déclarations d'ITS devraient faire l'objet d'une intervention de santé publique, soit la réalisation d'une enquête épidémiologique incluant l'intervention préventive auprès des partenaires. Chaque région aura à définir ses priorités d'intervention dans le cadre de l'élaboration des programmes régionaux de santé publique et des plans régionaux de surveillance, en fonction du Programme national de santé publique et du Plan national de surveillance. Toutefois, selon le Comité consultatif sur les ITS, le contexte épidémiologique actuel justifie qu'une priorité d'intervention de santé publique suite à une déclaration soit accordée aux cas suivants :

Les syphilis infectieuses

La classification des cas déclarés de syphilis est complexe. Une définition spécifique s'applique pour chaque type de syphilis : syphilis primaire, secondaire, latente précoce, latente tardive, neurosyphilis, syphilis tertiaire autre que neurosyphilis et syphilis congénitale.

Dans le contexte où des éclosions de syphilis infectieuses ont été signalées dans plusieurs grandes villes américaines et canadiennes, dont Montréal, il convient de demeurer vigilant. Le potentiel d'éclosion étant spécifiquement relié aux cas de **syphilis infectieuses**, ceux-ci deviennent une priorité de santé publique pour la réalisation d'une intervention préventive (enquête épidémiologique, intervention préventive auprès des partenaires de personnes infectées par une ITS).

Dans une perspective de protection de la santé publique il est essentiel d'effectuer la validation des déclarations de syphilis pour s'assurer d'identifier adéquatement les cas de syphilis infectieuses soit les syphilis primaire, secondaire et latente précoce.

Idéalement, pour chaque cas déclaré, les informations minimales permettant de valider la classification en fonction des définitions nosologiques doivent être obtenues : type et résultats des tests, manifestations cliniques. Pour les cas déclarés par les laboratoires où le stade clinique ne sera habituellement pas précisé, il sera plus difficile d'identifier les cas correspondant à une syphilis infectieuse.

Nous proposons quelques critères pour **sélectionner les cas devant faire l'objet d'une enquête épidémiologique**, soit parce que la probabilité d'une acquisition récente est plus élevée, soit parce que le risque de complications justifie une vigilance particulière (ex. : jeunes, grossesse connue ou potentielle).

Ces critères sont adaptés des recommandations des CDC d'Atlanta pour la surveillance de la syphilis⁸. Cas déclarés de syphilis qui devraient faire l'objet d'une enquête épidémiologique :

- stade de syphilis primaire, secondaire ou latente précoce mentionné sur la déclaration ;
- syphilis sans précision au niveau de la déclaration et au moins une des conditions suivantes⁹ :
 - ✓ adolescent(e)s et jeunes adultes (moins de 25 ans) ;
 - ✓ information quant à la présence ou la suspicion de lésions cutanées ;
 - ✓ information à l'effet qu'il s'agit d'une femme enceinte ;
 - ✓ femmes en âge de procréer (moins de 45 ans) ;
 - ✓ histoire d'augmentation de quatre fois ou plus du titre d'un test non tréponémique ;
 - ✓ titre de 1 :8 et plus. Un titre de test non tréponémique de 1 :8 ou plus est reconnu par plusieurs comme indicateur de probabilité plus élevée d'un stade primaire ou secondaire.
- syphilis latente tardive si le titre de test non tréponémique est élevé (par exemple 1 :32 ou plus).

L'enquête épidémiologique permettra d'abord de valider le stade clinique, puis de recueillir des renseignements épidémiologiques et d'offrir un counselling préventif au cas index. La démarche d'intervention préventive auprès des partenaires pourra aussi être réalisée en fonction des recommandations du programme provincial.

Les infections gonococciques

Dans le contexte d'un objectif national de diminution d'incidence de l'infection gonococcique au seuil d'élimination, de l'observation d'une augmentation significative du nombre de cas déclarés (78 % entre 1998 et 2002) et du développement de résistance aux antibiotiques, une vigilance accrue de l'évolution de la situation est justifiée.

⁸ Centers for Disease Control and Prevention. Recommendations for Public Health Surveillance of Syphilis in the United States. Atlanta, GA : U.S. Department of Health and Human Services, March 2003.

⁹ Ces critères sont adaptés de la « grid reactor » proposée par les CDC d'Atlanta. Il est toutefois clairement indiqué que ces critères doivent être adaptés à la situation épidémiologique régionale. Chaque région devra ainsi valider les critères retenus.

Certains cas d'infections génitales à *Chlamydia trachomatis*

Dans une perspective de protection et de prévention auprès de clientèles vulnérables, une intervention de santé publique (enquête épidémiologique et intervention préventive auprès des partenaires de personnes infectées) est recommandée suite à une déclaration d'infection génitale à *Chlamydia trachomatis* :

- chez les personnes âgées de 19 ans ou moins ;
- chez les personnes présentant des ITS à répétition (plusieurs déclarations d'ITS pour une même personne) ;
- lorsqu'une DSP est informée qu'il s'agit de :
 - ✓ femmes ayant eu plus d'une interruption volontaire de grossesse ;
 - ✓ femmes ayant une atteinte inflammatoire pelvienne (AIP) ;
 - ✓ femmes enceintes et les hommes dont la partenaire est enceinte ;
 - ✓ personnes ayant de multiples partenaires¹⁰ ;
 - ✓ personnes avec des partenaires difficiles à rejoindre.

Les ITS rares telles la lymphogranulomatose vénérienne, le chancre mou et le granulome inguinal

Ces infections, très rares au Québec, sont habituellement acquises à l'extérieur du pays. Une déclaration de ce type d'infection justifie d'emblée une enquête épidémiologique, essentiellement pour valider le cas et pour prévenir une transmission locale.

2.6 SCÉNARIOS D'ENQUÊTES

Le scénario d'enquête est généralement fonction des caractéristiques organisationnelles et fonctionnelles des directions de santé publique. Une première tentative pour rejoindre le médecin ou le cas-index doit être faite dans les 72 heures suivant la déclaration du cas à la DSP.

Plusieurs modalités peuvent être considérées dans la réalisation des enquêtes épidémiologiques. Les modalités les plus couramment retenues sont les suivantes :

1. enquête épidémiologique par téléphone auprès du médecin identifié sur la déclaration ou auprès du médecin traitant mentionné, réalisée par un professionnel de la DSP ou d'un professionnel du CLSC qui a reçu le mandat de réaliser les enquêtes épidémiologiques ;

¹⁰ Dans le cadre de l'intervention en santé publique le CCITS a retenu la définition suivante : avoir eu plus de 2 partenaires au cours des 2 derniers mois ou avoir eu plus de 5 partenaires au cours de la dernière année.

2. enquête épidémiologique par téléphone auprès du cas-index, soit par un professionnel de la DSP ou par un professionnel du CLSC qui a reçu le mandat de réaliser les enquêtes épidémiologiques.

Lorsque cette option est retenue, il est important de ne pas interférer dans la relation de confiance établie entre le médecin et son patient dans le contexte « sensible » du diagnostic d'une ITS. Le respect de la confidentialité des renseignements du dossier de santé publique (secret professionnel) doit aussi être une préoccupation constante.

Il est généralement préférable d'avoir établi une entente (permanente ou ad hoc) avec le médecin lorsque ce scénario est utilisé, même s'il peut être justifié, dans certains cas, de communiquer directement avec le cas index sans entente préalable avec le médecin.

Avant de procéder à l'enquête épidémiologique directement auprès du patient il est recommandé de :

- prévoir un délai minimal avant d'effectuer l'intervention pour s'assurer que le médecin a eu la possibilité d'informer la personne de son diagnostic ;
- prendre les mesures raisonnables pour s'assurer de l'identité de la personne rejointe (que c'est bien le cas-index lui-même) et vérifier d'abord si le patient est informé du diagnostic posé ;
- favoriser une collaboration harmonieuse entre les médecins traitants ou déclarants et les professionnels de la santé publique.

D'une façon générale, il est préférable de respecter l'opinion du médecin quant à la pertinence d'une intervention directe d'un professionnel de santé publique auprès du cas-index. Si une situation particulière justifie une intervention de santé publique sans l'appui du médecin, toutes les mesures raisonnables devront être prises pour que le médecin soit préalablement avisé de la démarche et des raisons qui la justifient. Si le médecin ne désire pas collaborer à l'intervention, le professionnel de santé publique doit alors l'informer des dispositions de la Loi sur la santé publique qui permettent au directeur de santé publique de procéder à une enquête épidémiologique à des fins de vigie sanitaire et d'intervention préventive.

Ententes permanentes

Afin de minimiser les démarches requises et de faciliter le processus d'intervention, il est recommandé que des **ententes permanentes** soient établies avec les médecins du territoire. L'établissement d'une telle entente facilite le processus d'enquête au niveau de la santé publique tout en respectant la relation établie entre le médecin traitant et son patient. Une lettre peut ensuite être envoyée au médecin afin de confirmer l'entente. Une telle entente prévoit que le professionnel de la santé publique rejoigne directement le cas-index. Il est important d'offrir au médecin la possibilité d'exception (sur demande) pour certains cas.

Pour respecter la relation privilégiée entre le médecin et le cas-index, une option est proposée au médecin qui préfère ne pas établir d'entente s'appliquant à tous les cas : le contacter pour chaque déclaration d'ITS où il est identifié comme médecin déclarant/traitant

et où une enquête épidémiologique est planifiée. Il faut souligner qu'une telle option devient difficile à gérer et implique une mobilisation accrue de ressources. Le médecin devra être sensibilisé à cet aspect. Il faut alors rappeler au médecin que même s'il consent à une entente, il lui est possible de contacter la santé publique s'il désire qu'un cas particulier fasse l'objet de modalités particulières d'enquête épidémiologique.

Par contre, une demande d'un médecin visant à ce qu'aucune offre de service ne soit faite à l'ensemble de ses patients atteints d'une ITS ne dégage pas la direction de santé publique de sa responsabilité suite à une déclaration de MADO, comme par exemple d'avoir à rejoindre une personne infectée en vue d'une intervention préventive. Le médecin doit alors être informé qu'il est possible que ses clients soient parfois rejoints par un professionnel de la santé publique, si les circonstances l'exigent.

L'annexe 1 du formulaire d'enquête épidémiologique lors d'une déclaration d'ITS MADO présente une vue d'ensemble des scénarios proposés.

2.7 ASPECTS ÉTHIQUES

L'intervention préventive réalisée dans le cadre d'une enquête épidémiologique est reconnue comme une stratégie importante de lutte contre les ITS et certains principes éthiques orientent les interventions de santé publique. Une intervention de santé publique réussie et de qualité doit être fondée sur la confiance mutuelle et le respect. Chaque activité menée dans le cadre d'une enquête/intervention de santé publique s'inscrit dans le respect des valeurs d'autonomie, de responsabilité et de solidarité et se traduit par :

- le respect des droits de la personne et de la dignité du cas-index et de ses partenaires ;
- la participation volontaire à la démarche d'enquête/intervention de santé publique ;
- le respect de la relation de confiance établie entre le médecin et son patient ;
- l'accès au counselling et l'intervention préventive appropriée pour le cas-index et ses partenaires.

Les considérations d'ordre éthique dans le domaine de la santé publique sont discutées dans le « Programme national de santé publique, 2003-2012 »¹¹. Les aspects éthiques et légaux plus spécifiques à l'intervention préventive auprès des partenaires des personnes atteintes d'une ITS, sont présentés dans le document du « *Programme d'intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une infection transmissible sexuellement et auprès de leurs partenaires.* »¹²

¹¹ MSSS. Programme national de santé publique, 2003-2012. 2003. P19-21.

¹² MSSS. Programme d'intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une ITS et auprès de leurs partenaires. À paraître

CHAPITRE 3 : INTERVENTION PRÉVENTIVE

L'intervention réalisée à la suite de la réception d'une déclaration d'ITS répond à des objectifs de santé publique soit : la réduction de la durée de l'infectiosité, la réduction du taux d'exposition et la réduction de l'efficacité de la transmission. Nous aborderons ici les interventions propres à ces objectifs ainsi qu'à la promotion de la vaccination des hépatites virales A et B et à l'intervention préventive auprès du cas-index et de ses partenaires. Lorsque l'enquête épidémiologique est effectuée auprès du médecin, et particulièrement dans les cas jugés prioritaires, il est recommandé de lui offrir systématiquement de communiquer directement avec son patient pour un counselling ainsi qu'une intervention préventive auprès des partenaires.

Voici quels sont les principaux éléments pouvant être abordés dans le cadre de l'enquête épidémiologique, en complément à la collecte de données aux fins de vigie et surveillance.

3.1 INTERVENTION PRÉVENTIVE AUPRÈS DU CAS-INDEX

Rappelons que, compte tenu que la perception du risque est plus concrète, la personne atteinte d'une ITS est souvent particulièrement réceptive à des messages de prévention. L'intervention préventive réalisée à la suite de la déclaration d'une ITS constitue donc un moment privilégié pour offrir un counselling au cas-index, de même qu'aux partenaires. Le counselling et l'intervention préventive auprès des partenaires constituent des éléments qui devraient s'associer à l'enquête épidémiologique.

3.1.1 Counselling visant à réduire la durée de l'infectiosité et prévenir les complications

Aspects généraux :

- donner de l'information sur la maladie et dispenser des conseils concernant la prévention des séquelles au niveau de l'appareil reproducteur dont les principales sont : l'atteinte inflammatoire pelvienne (AIP), l'infertilité, la grossesse ectopique, la douleur pelvienne chronique ;
- interroger la personne sur :
 - ✓ la disparition des signes et symptômes ;
 - ✓ la possibilité d'une réinfection reliée à l'exposition récente à un partenaire non traité ou à un nouveau partenaire dans les sept jours d'un traitement unidose ou avant la fin d'un traitement de sept jours et plus ;
 - ✓ l'observance et les réactions indésirables au traitement et la conformité de celui-ci avec les *Lignes directrices canadiennes*.

Dans le cas où l'intervenant constate que le traitement n'est pas conforme aux *Lignes directrices canadiennes* :

- ✓ éviter de porter un jugement sur l'acte médical ;
- ✓ aviser la personne que le médecin sera contacté pour discuter de la pertinence d'une visite de contrôle ;
- ✓ communiquer avec le médecin traitant pour discuter de la situation afin d'évaluer la possibilité d'échec thérapeutique. Promouvoir l'application des *Lignes directrices canadiennes* de traitement ;
- ✓ contacter à nouveau le cas-index au besoin.

- recommander une évaluation médicale de contrôle si :
 - ✓ les symptômes ne disparaissent pas : il faut alors envisager la possibilité d'une infection par d'autres pathogènes ou une cause d'origine non infectieuse ;
 - ✓ une résistance au traitement antimicrobien a été documentée ;
 - ✓ l'observance du traitement est mise en doute ;
 - ✓ la personne a été ré-exposée à un partenaire non traité ou partiellement traité ;
 - ✓ l'infection a été détectée chez une femme enceinte ;
 - ✓ l'infection a été détectée chez un enfant ;
 - ✓ une atteinte inflammatoire pelvienne (AIP) a été diagnostiquée ;
 - ✓ un antécédent d'échec au traitement est documenté.
- faire la promotion du programme de gratuité des médicaments pour le traitement des ITS ;
- recommander des tests de dépistage périodiques pour les personnes ayant des comportements à haut risque ;
- vérifier si les tests de dépistage pour les autres ITS ont été offerts si des facteurs de risque pour ces conditions sont présents.

Aspects spécifiques dans le cas d'une réinfection ou d'un échec thérapeutique:

- lorsque les données cliniques ou les résultats des analyses microbiologiques confirment un échec thérapeutique, il faut envisager les possibilités suivantes :
 - ✓ non observance au régime thérapeutique ;
 - ✓ réexposition à un partenaire non traité ;
 - ✓ infection contractée d'un nouveau partenaire ;
 - ✓ infection causée par d'autres agents pathogènes ;
 - ✓ résultat faussement positif ;
 - ✓ cause autre qu'une infection.

Aspects spécifiques à l'infection génitale à *C. trachomatis* :

- si toutes les conditions énoncées à la section aspects généraux sont respectées : il n'est habituellement pas indiqué de répéter un test de détection pour *C. trachomatis*;
- référer la personne pour un test de contrôle microbiologique si :
 - ✓ l'un ou l'autre des éléments mentionnés à la section des généralités n'est pas respecté ;
 - ✓ s'il s'agit d'une personne traitée à l'érythromycine (risques élevés d'intolérance digestive) ;
 - ✓ si indiqué : recommander que le test de contrôle microbiologique soit effectué trois à quatre semaines après la cessation d'un traitement efficace.

Aspects spécifiques à l'infection gonococcique :

- si toutes les conditions énoncées à la section aspects généraux sont respectées : il n'est habituellement pas indiqué de répéter un test diagnostique pour *N. gonorrhoeae* ;
- référer la personne pour un test de contrôle microbiologique, s'il s'agit d'une infection gonococcique disséminée ;
- si indiqué : recommander que le test de contrôle microbiologique soit effectué quatre à sept jours après la fin du traitement et de faire des prélèvements idéalement pour tous les sites positifs initialement ;
- vérifier si le traitement administré a été associé à un traitement pour une infection génitale à *C. trachomatis*, conformément aux *Lignes directrices canadiennes*, sinon voir l'encadré de la page précédente.

Aspects spécifiques à la syphilis :

- s'assurer que la classification a été validée (référer au formulaire en annexe) ;
- s'assurer que le traitement est adéquat en fonction du stade de la maladie (validation essentielle) ;
- appliquer les recommandations du Secrétariat du système du sang en matière d'hémovigilance (voir page 8 et 9 du formulaire d'enquête épidémiologique);
- promouvoir l'observance au suivi sérologique en fournissant l'information appropriée au patient (référer à la section 3.5.5) et vérifier si un contrôle sérologique non tréponémique (ex. : RPR) a été effectué en suivant le calendrier ci-dessous :

Stade de la maladie	Intervalle entre les contrôles des tests non tréponémiques
Syphilis primaire, secondaire, latente précoce, congénitale :	1, 3, 6, 12 et 24 mois après le traitement
Syphilis latente tardive, tertiaire :	12 et 24 mois
Neurosyphilis :	6, 12 et 24 mois après le traitement
Co-infection par le VIH :	1, 3, 6, 12 et 24 mois après le traitement et chaque année par la suite

3.1.2 Counselling visant à réduire le taux d'exposition et l'efficacité de la transmission :

- identifier les principaux facteurs de risque à partir des éléments recueillis au moment de l'enquête :
 - ✓ sensibiliser la personne aux principaux facteurs de risque identifiés ;
 - ✓ discuter du contexte de rencontre des partenaires ;
 - ✓ aborder l'utilisation d'alcool et de drogues dans le contexte des activités sexuelles.
- documenter les principales pratiques sexuelles de la personne et les niveaux de risque qui leur sont associés.
- réviser et évaluer les méthodes barrières de prévention des ITS :
 - ✓ utilisation systématique et constante du condom : la seule méthode barrière reconnue ;
 - ✓ rappel sur le mode d'emploi du condom masculin ou féminin ;
 - ✓ information sur les autres méthodes barrières au besoin et mises en garde envers le nonoxynol-9 ;
 - ✓ double protection pilule-condom.
- rappeler au cas-index :
 - ✓ que le traitement simultané de celui-ci et des partenaires est essentiel afin de réduire le risque de réinfection ;
 - ✓ qu'il y a un risque de transmission de son infection tant que le traitement n'est pas terminé (dans le cas d'un traitement de sept jours ou plus) ou jusqu'à sept jours après la prise d'un traitement unidose **ET** la disparition des symptômes ;
- sensibiliser le cas-index au risque de transmission d'autres ITS ;
- encourager le cas-index à identifier des actions concrètes pour adopter des comportements plus sécuritaires ;
- cerner les obstacles à la prévention et aider le cas-index à trouver des moyens pour les surmonter.

3.1.3 Counselling visant à promouvoir la vaccination contre l'hépatite B et contre l'hépatite A :

- vérifier si le cas-index a été vacciné contre l'hépatite B, sinon lui offrir le vaccin et l'orienter vers les services appropriés ;
- offrir la vaccination contre l'hépatite A si la personne fait partie des groupes ciblés (référer au programme de vaccination gratuite contre le VHA ou le VHB).

3.2 INTERVENTION PRÉVENTIVE AUPRÈS DES PARTENAIRES

Les interventions décrites dans cette section sont en conformité avec le cadre d'intervention exposé dans le *Programme québécois d'intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une infection transmissible sexuellement et auprès de leurs partenaires* et s'inscrivent en continuité avec l'ensemble des services préventifs offerts au cas-index à la suite de la déclaration de l'ITS.

L'intervention préventive auprès du cas-index réalisée dans le cadre de l'enquête épidémiologique, telle que définie dans la section précédente et incluant la sensibilisation du cas-index à l'IPP, constitue un pré requis à l'intervention préventive auprès des partenaires.

Le traitement précoce des partenaires et le dépistage des personnes à risque d'être infectées sont des éléments clés dans la lutte aux ITS. Souvent, le seul moyen permettant aux partenaires d'avoir accès à un traitement précoce est de s'assurer que ces personnes soient informées de leur exposition.

L'intervention préventive auprès des partenaires rejoint les objectifs de protection de la santé publique, soit :

- interrompre la chaîne de transmission dans la communauté en permettant que les partenaires soient traités ;
- éviter la survenue de séquelles liées à ces infections chez les partenaires, en leur permettant d'être examinés et de pouvoir bénéficier rapidement du traitement requis ;
- éviter la réinfection du cas-index par un partenaire non traité.

**CETTE INTERVENTION AJOUTE DEUX VOLETS SUPPLÉMENTAIRES AU COUNSELLING GÉNÉRAL
AUPRÈS DU CAS-INDEX :**

3.2.1 Counselling relatif à l'intervention préventive auprès des partenaires (IPP) :

Ce volet de l'intervention a pour but de :

1. amener le cas-index à reconnaître la pertinence et l'importance de l'intervention préventive auprès des et d'obtenir sa collaboration, et
2. permettre aux partenaires d'être informés de leur exposition et d'avoir accès à l'intervention préventive appropriée. Il comprend :
 - la sensibilisation du cas-index aux avantages qu'il fait retirer de l'intervention :
 - ✓ diminuer le risque de réinfection ;
 - ✓ être perçu comme responsable.
 - la sensibilisation du cas-index à la responsabilité et à la solidarité :
 - ✓ le droit des personnes exposées d'avoir accès aux mesures préventives appropriées et ainsi réduire le risque de développement de complications graves liées à une infection non traitée ou traitée tardivement ;
 - ✓ l'importance de freiner la propagation de l'infection dans la communauté.
 - l'information du cas-index sur les services disponibles pour l'appuyer dans sa démarche et sur les mesures prises pour préserver la confidentialité des renseignements recueillis ;
 - l'offre de soutien à l'intervention préventive auprès des partenaires en respectant les principes de confidentialité, consentement, respect de la relation médecin-patient : identification des partenaires exposés, identification des barrières et agents facilitants à la démarche visant à aviser les partenaires.
 - l'identification des partenaires devant être rejoints (en fonction de la période de contagiosité propre à chaque infection) ;
 - l'établissement d'une entente entre le cas-index et un professionnel de santé pour préciser qui avisera les partenaires de leur exposition et réalisera l'intervention auprès d'eux (approche négociée) ;
 - le soutien au cas-index dans sa démarche pour aviser les partenaires qu'il préfère notifier lui-même (approche passive et négociée) ;
 - le suivi auprès du cas-index, après un délai d'environ une semaine, afin de s'assurer que les partenaires ont effectivement été rejoints (approche négociée). Au besoin, une nouvelle entente pourra être établie pour la notification des partenaires qui n'auraient pas été avisés.

3.2.2 Notification et intervention préventive auprès des partenaires

Ce volet comprend les actions réalisées directement auprès des partenaires. Le contact sera assuré soit par le cas-index, soit par un professionnel de la santé publique, soit par un autre professionnel de la santé. Les actions à réaliser sont les suivantes :

- informer les partenaires de leur exposition à une ITS et de la nécessité qu'ils soient traités et examinés ;
- leur fournir de l'information sur les infections transmissibles sexuellement, et en particulier sur l'ITS concernée ;
- leur donner des conseils sur les moyens de diminuer le risque de contracter ou de transmettre l'infection ;
- les diriger vers les ressources appropriées pour :
 - ✓ un traitement épidémiologique et un examen médical ;
 - ✓ un dépistage ;
 - ✓ la vaccination gratuite contre l'hépatite B, et si indiqué, contre l'hépatite A.

Cela va sans dire que, lorsque le cas-index effectue lui-même la démarche, celle-ci se limite presque exclusivement aux premiers éléments, soit l'information sur l'exposition du partenaire à une ITS et la nécessité pour lui d'être traité et examiné, ce à quoi peut s'ajouter un minimum d'information sur l'ITS en cause.

3.3 ÉTAPES ENTOURANT L'INTERVENTION PRÉVENTIVE EN ELLE-MÊME

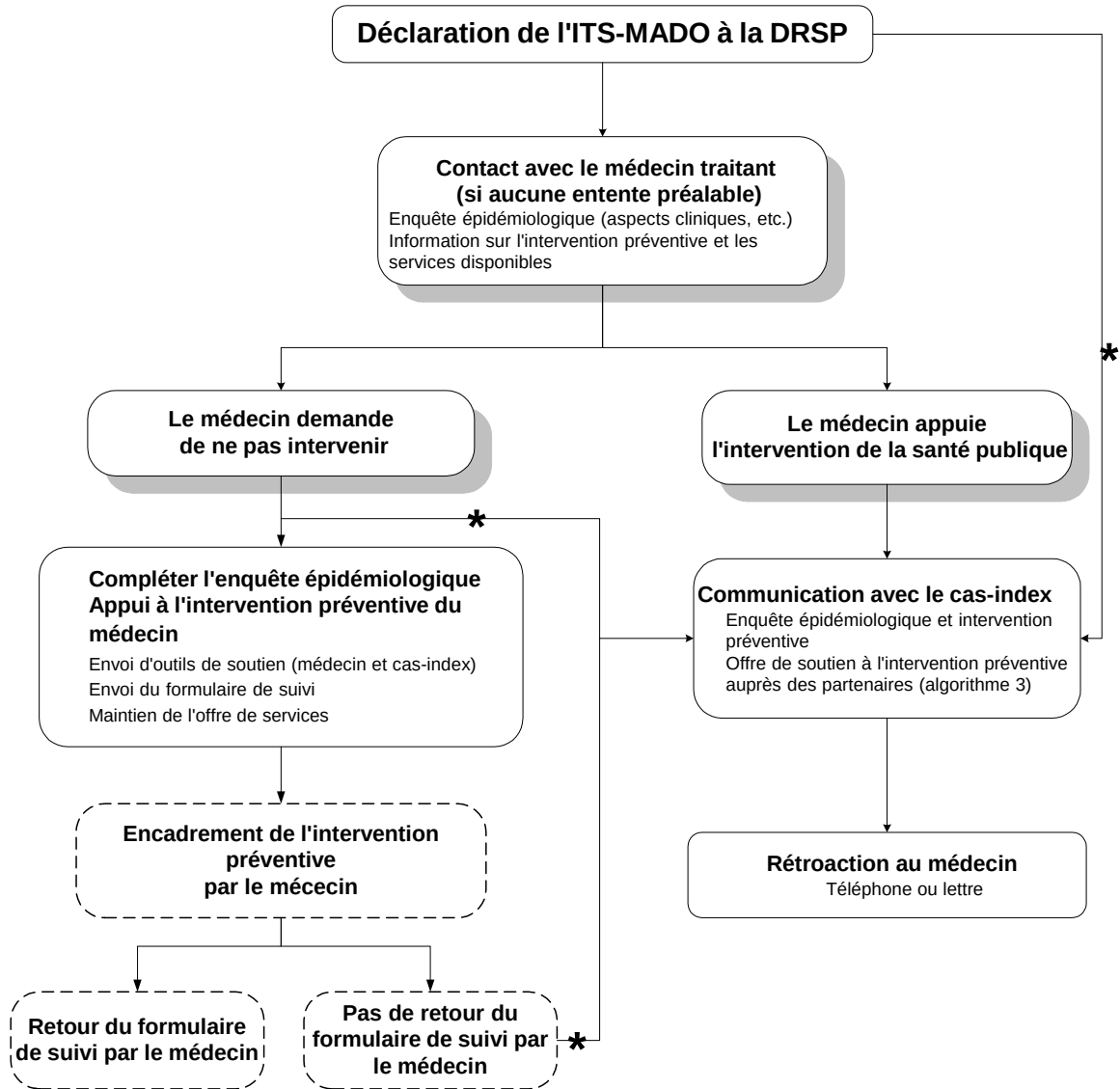
L'entrevue avec le cas-index et, lorsqu'il y a lieu, celle avec le partenaire, constituent le cœur de l'intervention préventive auprès des partenaires. Le déroulement de cette intervention est décrit dans un des outils du chapitre 4.

Une intervention préventive auprès des partenaires de la part de la santé publique sera indiquée pour les cas prioritaires tels que définis dans le chapitre 2 du présent document. Certains de ces cas prioritaires peuvent être identifiés à partir des informations disponibles lors de la déclaration de l'ITS-MADO. Le professionnel de santé publique peut alors d'emblée amorcer les démarches en vue d'une offre de soutien, dans le cadre de l'enquête épidémiologique qui est entreprise. Pour d'autres cas prioritaires, les informations disponibles lors de la déclaration à la DSP ne permettent pas de connaître la présence de facteurs de vulnérabilité ou de facteurs de risque. Ces personnes ne peuvent donc pas faire l'objet d'une offre systématique de soutien. Dans ces situations, les cas-index devront être référés par leur médecin traitant, ou encore, ils seront ciblés si une enquête épidémiologique a été réalisée et a permis de mettre en évidence la présence de facteurs de vulnérabilité chez ces personnes.

Les différentes étapes de l'intervention sont présentées sous la forme de deux algorithmes et le texte qui les accompagne apporte des précisions sur les actions préconisées. La majorité des outils mentionnés se rattachant à chacune des étapes de l'intervention sont présentés au chapitre 4 du présent document ou pourront être obtenus dans les documents relatifs au programme d'intervention préventive auprès des personnes atteintes d'ITS et auprès de leur partenaires.

Algorithme 1

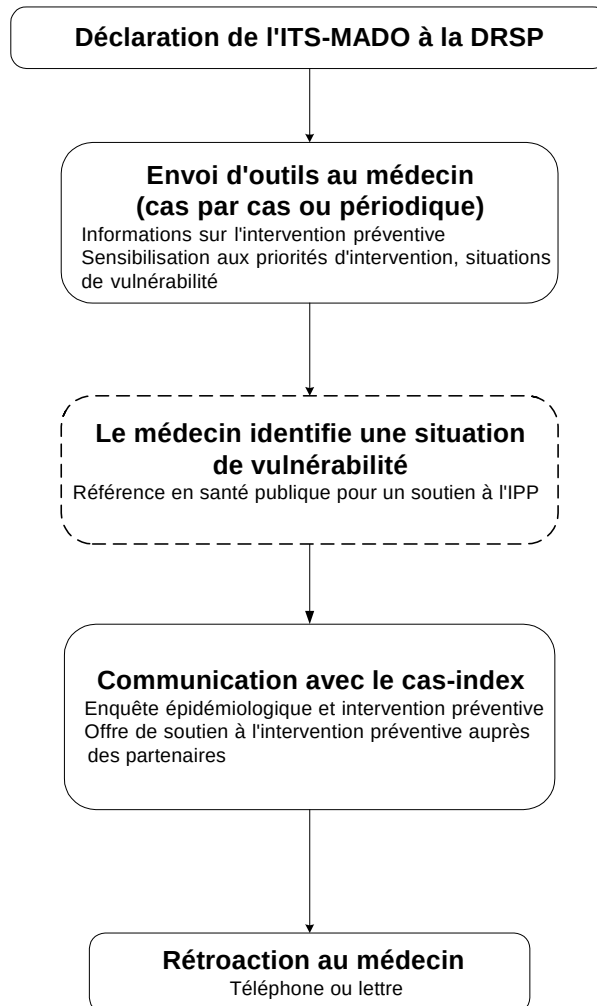
INTERVENTION PRÉVENTIVE À LA SUITE DE LA DÉCLARATION D'UNE ITS-MADO PRIORITAIRE



- * si nécessaire, dans un contexte de vigilance sanitaire
- intervention réalisée par le médecin
- intervention réalisée par la santé publique

Algorithme 2

INTERVENTION PRÉVENTIVE À LA SUITE DE LA DÉCLARATION D'UNE ITS-MADO AUTRE QUE PRIORITAIRE



- - - - intervention réalisée par le médecin
_____ intervention réalisée par la santé publique

3.3.1. S'il s'agit d'un cas prioritaire pour une intervention préventive de la part de la santé publique :

Lorsque les informations disponibles lors de la déclaration à la DSP permettent de considérer qu'il s'agit d'un cas prioritaire, une enquête épidémiologique est entreprise et des actions sont mises en place de façon systématique en vue d'offrir un soutien au cas-index pour une intervention préventive auprès de ses partenaires.

Contact avec le médecin traitant, en l'absence d'entente préalable

Nous présentons ici les étapes successives dans un scénario d'enquête où le médecin est d'abord contacté. Toutefois, d'autres scénarios d'enquête ont été présentés au chapitre 2. Ainsi dans certains cas, tel que discuté à la section 2.6, une intervention directe auprès du cas-index peut être l'option retenue.

➤ Si le médecin appuie l'intervention préventive de santé publique

Certaines sections du formulaire d'enquête épidémiologique, particulièrement celles touchant les aspects cliniques de l'infection, sont alors complétées avec le médecin traitant. Le professionnel de la santé publique s'informe aussi auprès du médecin des interventions déjà réalisées, en termes de conseils préventifs et de démarche auprès des partenaires.

Communication avec le cas-index :

Par la suite, le cas-index est contacté pour compléter l'enquête épidémiologique, réaliser l'intervention préventive décrite à la section 3.1 et amorcer la démarche d'intervention préventive auprès des partenaires. L'approche négociée est recommandée dans les cas prioritaires et est décrite à la section 3.2.3.

Rétroaction au médecin :

Celle-ci pourra être faite par contact téléphonique ou une lettre pourra être envoyée au médecin ayant collaboré à l'intervention, afin de l'informer des actions qui ont pu être effectivement réalisées, ou si le cas-index n'a pas voulu participer, pour demander sa collaboration afin qu'il fasse valoir à cette personne la pertinence et l'importance d'aviser tous ses partenaires.

Collecte de données :

Certaines informations, déterminées dans le cadre du programme, doivent être colligées en vue d'un monitoring des activités liées au programme. Les informations à recueillir sont intégrées à la section 5 du formulaire d'enquête épidémiologique présenté au chapitre 4 du présent document.

➤ Si le médecin demande de ne pas intervenir

On fait ici référence à la situation selon laquelle le médecin fait une demande spécifique afin que le cas-index ne soit pas contacté par la santé publique. Dans cette situation :

1. l'enquête épidémiologique est complétée auprès du médecin traitant, au meilleur de sa connaissance. La section sur les facteurs de risque comportant habituellement beaucoup de données manquantes, l'offre de contacter le cas-index peut être renouvelée ;
2. l'information sur l'intervention préventive réalisée est recueillie auprès du médecin traitant : counselling, démarches pour aviser les partenaires et offre de vaccination contre l'hépatite B et, si indiqué contre l'hépatite A. On peut aussi à cette occasion renouveler l'offre de soutien à l'intervention, si cela est jugé pertinent.

Deux choix s'offrent alors : l'option A, soit laisser la responsabilité au médecin de réaliser l'intervention préventive, en tentant de s'assurer qu'elle ait été effectivement réalisée, ou l'option B, soit contacter quand même le cas-index afin de réaliser l'intervention préventive avec lui. Le choix entre ces deux options s'effectue en fonction de plusieurs considérations : type d'infection en cause, caractéristiques du cas-index, type d'entente avec le médecin, faisabilité de l'intervention, etc.

OPTION A : INTERVENTION PRÉVENTIVE LAISSÉE SOUS LA RESPONSABILITÉ DU MÉDECIN

Soutenir l'intervention préventive du médecin :

Dans une telle éventualité, le professionnel de santé publique insiste auprès du médecin sur l'importance pour le patient de pouvoir bénéficier d'un soutien lors de sa démarche auprès de ses partenaires. Il lui rappelle qu'étant donné sa décision, il est la seule personne pouvant lui offrir cet encadrement qui doit être présenté comme faisant partie intégrante de la prise en charge globale d'une ITS, et doit être considéré comme une norme de bonne pratique.

Une demande est formulée au médecin afin que celui-ci fasse parvenir à la DSP un formulaire de suivi de l'intervention préventive entreprise avec le cas-index. En plus du formulaire de suivi que le médecin est invité à compléter, des documents, dont certains lui sont destinés et d'autres visent le cas-index, lui sont acheminés afin de :

- familiariser le médecin avec le programme et les services de soutien disponibles pour ainsi l'informer des avantages pour son patient d'y avoir accès. Cet outil vise aussi à favoriser une attitude positive lors d'une prochaine offre de service de la part de la santé publique ;
- informer le médecin sur le type d'encadrement qu'il s'engage à donner au cas-index ;
- soutenir le cas-index dans l'intervention préventive auprès des partenaires qu'il est invité à entreprendre, avec l'encadrement de son médecin traitant.

Encadrement de l'IPP par le médecin :

Le médecin est informé que, pour un cas prioritaire, l'approche négociée est l'approche recommandée pour l'intervention préventive auprès des partenaires. Les étapes de cette intervention sont exposées à la section 3.2.3. Cette approche est aussi décrite dans les documents qui sont acheminés au médecin.

Le médecin doit être informé qu'il peut en tout temps changer d'avis et référer son patient au service de soutien.

OPTION B : INTERVENTION PRÉVENTIVE DE LA SANTÉ PUBLIQUE AUPRÈS DU CAS-INDEX

Dans certains cas prioritaires, même si le médecin n'appuie pas l'intervention de la santé publique, le professionnel de santé publique peut décider de procéder tout de même à une intervention auprès du cas-index :

1. informer le médecin des dispositions de la Loi sur la santé publique (article 96 et article 100) qui permettent au directeur de santé publique d'intervenir à la suite de la déclaration d'une MADDO ;
2. lorsqu'il s'agit d'un cas prioritaire à des fins de vigilance sanitaire et d'intervention préventive, selon le jugement du professionnel de la santé publique, informer le médecin qu'en vertu de ces dispositions, le cas-index sera contacté pour compléter l'intervention.

Par la suite, le cas-index est contacté pour compléter l'enquête épidémiologique, pour réaliser l'intervention préventive décrite à la section 3.1 et pour amorcer la démarche d'intervention préventive auprès des partenaires.

3.3.2. S'il ne s'agit pas d'un cas prioritaire pour une intervention de la part de la santé publique

Dans le cas où les informations disponibles ne permettent pas de considérer qu'il s'agit d'un cas prioritaire pour une intervention préventive auprès des partenaires de la part de la santé publique, aucune offre de soutien n'est faite de façon systématique. L'encadrement de la démarche du cas-index pour aviser ses partenaires revient alors d'emblée au médecin traitant.

Envoi d'outils au médecin :

Des documents à l'intention du cas-index et du médecin traitant sont acheminés à ce dernier. Ceux-ci visent à :

- convaincre les cliniciens et les cas-index de la pertinence et de l'importance de la démarche visant à aviser les partenaires de leur exposition ;
- les informer sur les services disponibles dans la région en matière de soutien à l'intervention préventive auprès des partenaires ;

- favoriser chez les cliniciens une attitude positive face à cette intervention, afin qu'ils :
 - ✓ soutiennent la démarche du cas-index pour aviser ses partenaires ;
 - ✓ collaborent avec la DSP ;
 - ✓ réfèrent au service de soutien les cas prioritaires ;
 - ✓ rendent le cas-index apte à effectuer sa démarche auprès de ses partenaires.

Deux options sont possibles :

- l'envoi des documents peut être fait à chaque fois qu'une ITS est déclarée à la DSP. Cette option pourra être particulièrement utile lors de la phase d'implantation des services de soutien ;
- ou
- l'envoi peut être effectué de façon périodique auprès de l'ensemble des médecins de la région.

Il n'y a pas d'intervention supplémentaire de la part du service de soutien, à moins que le médecin traitant ou le cas-index lui-même ne sollicite le service.

Par ailleurs, il est toujours possible que, bien que le cas ne soit pas identifié comme prioritaire à partir des informations fournies dans la déclaration, le médecin décèle la présence de facteurs de vulnérabilité ou de facteurs de risque identifiant alors le cas comme prioritaire et le réfère à la santé publique en vue d'une offre de soutien à l'intervention préventive. Une offre de service sera alors faite au cas-index.

3.4 TYPES D'APPROCHES POUR L'INTERVENTION PRÉVENTIVE AUPRÈS DES PARTENAIRES

Différentes approches ont été décrites pour la réalisation d'une intervention préventive auprès des partenaires. Deux approches ont été retenues dans le cadre du programme québécois : l'approche négociée et celle dite passive. Le choix de l'une ou l'autre variera selon qu'il s'agit d'un cas prioritaire pour une intervention préventive de la part de la santé publique ou d'un autre cas d'ITS.

L'approche négociée est l'approche recommandée pour tous les cas prioritaires tels que définis dans la section 2.5. Par contre, pour les autres cas d'ITS, l'approche passive peut être acceptable.

3.4.1 Intervention préventive auprès des partenaires selon l'approche négociée

Selon cette approche, une entente est d'abord établie entre le cas-index et le professionnel de la santé, généralement un professionnel de santé publique formé à cet effet, pour déterminer qui rejoindra chacun des partenaires. Ceux-ci sont ensuite contactés par l'un ou l'autre, selon l'entente établie.

Cette approche exige un mécanisme de suivi afin de vérifier si tous les partenaires devant être rejoints par le cas-index l'ont effectivement été dans le délai convenu avec le professionnel du service de soutien.

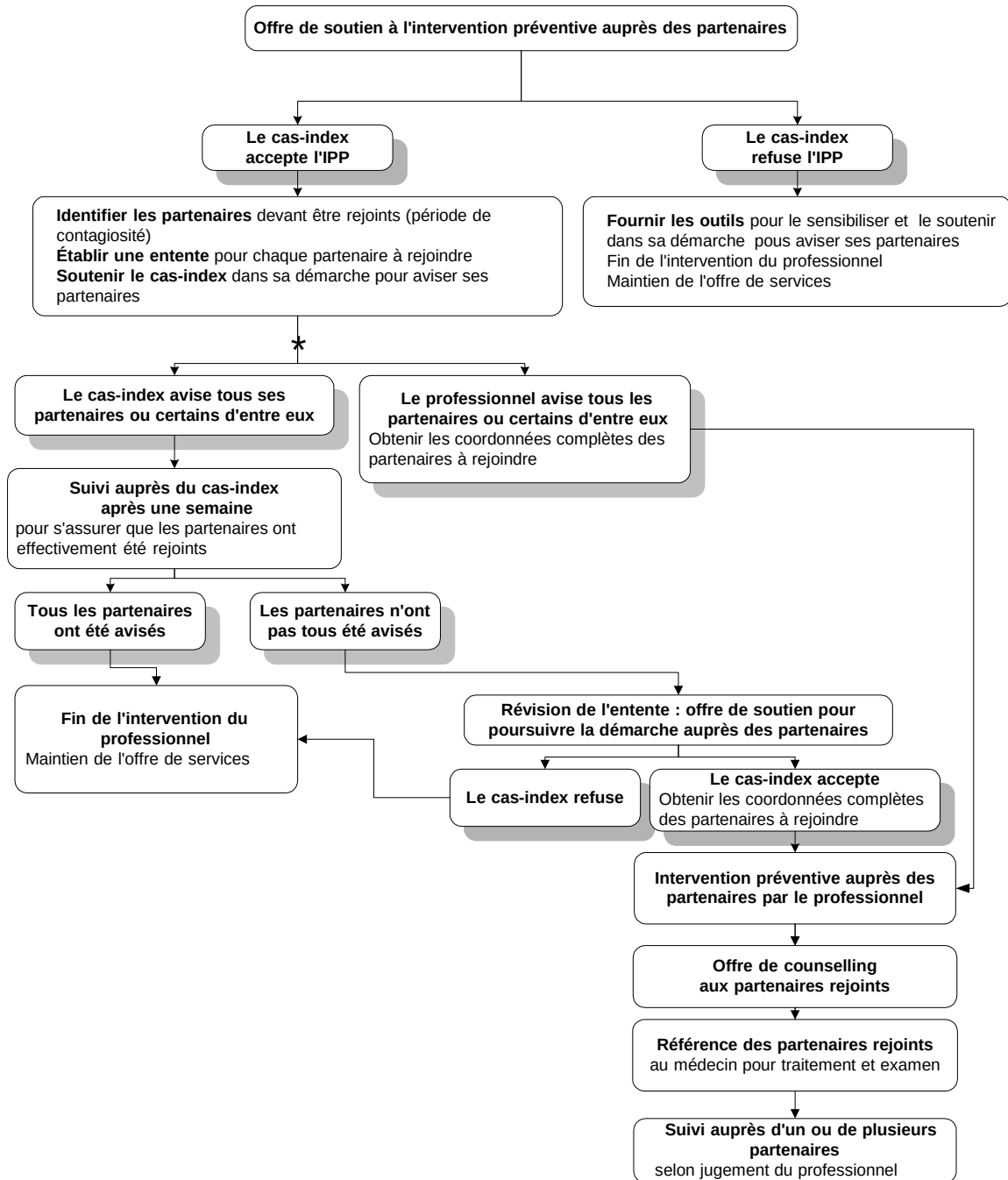
Étapes de l'approche négociée

- Une **offre de soutien** (ou une offre de référence vers un service de soutien). Cette offre doit être proposée activement à chaque personne chez qui une ITS prioritaire est diagnostiquée.
- Si le cas-index accepte l'intervention, les partenaires devant être rejoints sont identifiés et une entente est établie pour rejoindre chacun des partenaires.
- Tel que défini précédemment, cette offre de soutien s'associe à **l'intervention préventive auprès du cas-index**, qui comprend l'information sur l'infection, les conseils préventifs sur les moyens de diminuer le risque de transmettre l'infection et/ou de la contracter de nouveau et une offre de vaccination contre l'hépatite B et, si indiqué, contre l'hépatite A.
- Un **suivi auprès du cas-index** s'il s'est engagé à informer lui-même ses partenaires ou certains d'entre eux, afin d'évaluer les résultats de sa démarche et, au besoin pour renouveler l'offre de soutien.
- Une **intervention auprès des partenaires visés** par l'offre, soit par le professionnel de santé ou par le cas-index lui-même, en vue d'un examen médical et d'un traitement.

L'algorithme 3, intitulé *Intervention préventive auprès des partenaires selon l'approche négociée*, expose les différentes étapes de cette intervention de façon plus détaillée.

Algorithme 3

INTERVENTION PRÉVENTIVE AUPRÈS DES PARTENAIRES SELON L'APPROCHE NÉGOCIÉE



* Noter que l'entente peut inclure les deux options.

Entrevue auprès du cas-index dans le cadre de l'approche négociée

Le cas-index est rejoint par le professionnel de santé (le plus souvent de la santé publique). Cette entrevue permet de réaliser l'enquête épidémiologique et d'offrir les conseils préventifs, tel que cela a été décrit précédemment. L'offre de soutien à l'intervention préventive auprès des partenaires est intégrée dans cette démarche. Cette étape vise à convaincre le cas-index de la pertinence et de l'importance de cette intervention.

Deux situations peuvent survenir :

A) Le cas-index accepte de collaborer à l'intervention préventive auprès des partenaires

Entrevue de soutien :

- ✓ identifier tous les partenaires à rejoindre, en dresser une liste (renseignements de base) et évaluer leur exposition ;
- ✓ établir une entente pour chacun des partenaires retenus. Cette entente consiste à déterminer quels partenaires seront rejoints par le professionnel et ceux qui le seront par le cas-index lui-même.

Si le cas-index avise lui-même ses partenaires ou certains de ceux-ci :

Dans l'éventualité où le cas-index choisit cette alternative, le professionnel de santé doit alors bien le préparer à cette démarche. Le cas-index doit avoir reçu l'information pertinente sur la maladie et doit être apte à bien informer ses partenaires, il doit être en mesure de les convaincre de l'importance de consulter rapidement, etc. Le cas-index s'engage à informer ses partenaires, ou certains d'entre eux, dans un délai de quelques jours. Un délai maximal d'une semaine lui est laissé pour finaliser sa démarche auprès de ses partenaires.

Suivi auprès du cas-index

Après un délai d'une semaine, le professionnel de santé contacte à nouveau le cas-index afin de s'informer des démarches entreprises auprès des partenaires. Il s'assure que l'intervention sera poursuivie jusqu'à ce que tous les partenaires aient été rejoints et informés.

Révision de l'entente si tous les contacts n'ont pas été avertis

Le professionnel de santé établit une nouvelle entente avec le cas-index. Il peut effectuer lui-même l'intervention préventive auprès des partenaires et communiquer avec les contacts non rejoints, si le cas-index le désire.

Conclusion de l'intervention si tous les contacts ont été avisés

L'intervention du professionnel de santé publique spécialisé en intervention préventive est terminée. Le cas-index est avisé de la disponibilité du service en cas de besoin ultérieur.

Si le cas-index ne désire pas aviser tous ses partenaires

Le professionnel de santé peut contacter certains ou tous les partenaires, pour les informer de leur exposition, sans toutefois divulguer l'identité du cas-index. Ce dernier doit alors fournir les coordonnées complètes des partenaires à rejoindre.

Intervention préventive auprès des partenaires par le professionnel de santé

Le partenaire est contacté et les principaux aspects suivants sont alors abordés :

- ✓ informations sur l'infection en cause ;
- ✓ conseils préventifs en matière de santé sexuelle ;
- ✓ offre d'une vaccination gratuite contre l'hépatite B, et si indiqué, contre l'hépatite A ;
- ✓ sensibilisation à l'importance de consulter pour être évalué et traité ;
- ✓ référence aux ressources les plus appropriées, en fonction des différentes options accessibles dans la région. Idéalement, dans le but d'offrir une continuité des services et aussi pour réduire les délais pour obtenir la médication requise, le partenaire devrait avoir la possibilité d'être référé à son médecin de famille ou à un médecin avec lequel une entente a été établie.

Dans tous les cas, il faut s'assurer que le patient connaît la nature de l'infection en cause et qu'il consultera un médecin rapidement. Aussi, afin de s'assurer que ce dernier ait en mains tous les éléments nécessaires à la prise en charge clinique du partenaire, une lettre de référence peut lui être acheminée.

Suivi auprès des partenaires

Dans certaines circonstances, une relance auprès d'un ou de certains partenaires peut être effectuée par le professionnel de santé afin de s'assurer que les recommandations ont bien été suivies par celui-ci. Cette étape est laissée au jugement du professionnel.

B) Le cas-index refuse l'intervention préventive

L'intervention préventive est volontaire. Le cas-index doit avoir accès à l'ensemble des services disponibles, indépendamment de sa volonté de coopérer à cette intervention.

Fin de l'intervention du professionnel de santé

Si le client refuse l'offre de service, il doit être informé qu'il peut changer d'avis et recourir en tout temps au service de soutien à l'intervention préventive. Le professionnel de santé lui offre les vaccins contre l'hépatite B et, si indiqué, contre l'hépatite A et l'informe de la façon de le rejoindre ultérieurement si le cas-index le désire.

Envoi d'outils pour le supporter dans sa démarche

Des documents sont acheminés au cas-index afin de le sensibiliser à l'importance d'informer ses partenaires, de le supporter dans cette démarche et aussi en vue de l'informer sur les services disponibles en matière de soutien à l'intervention préventive.

3.4.2 Intervention préventive auprès des partenaires selon l'approche dite passive

C'est la stratégie selon laquelle le cas-index est encouragé par le professionnel de la santé, généralement le médecin traitant, à informer lui-même ses partenaires de la possibilité qu'ils soient infectés, ainsi que de la nécessité qu'ils soient rapidement examinés et traités. Le professionnel de la santé n'intervient pas directement auprès des partenaires. Cependant, celui-ci doit conseiller le cas-index sur l'importance de la démarche et sur la manière de procéder. Il doit aussi discuter avec le cas-index des difficultés pouvant être rencontrées, ainsi que des façons de les résoudre.

Cette approche, bien qu'elle offre l'avantage de ne nécessiter aucune ressource ni aucun professionnel de la santé supplémentaire, présente des limites importantes :

- le succès de l'orientation des partenaires vers les services de soins dépend entièrement du cas-index, de sa motivation, de sa capacité à le faire, de la compréhension et de la motivation du partenaire et de la qualité du counselling dont le cas-index a bénéficié ;
- le cas-index rejoignant lui-même ses partenaires, son anonymat ne peut être préservé ;
- aucun suivi systématique n'est réalisé auprès du cas-index afin de s'enquérir des résultats de sa démarche auprès de ses partenaires. Il est donc difficile d'évaluer l'efficacité de l'intervention qu'il a entreprise ;
- l'encadrement apporté au cas-index dans sa démarche est variable, en fonction de différents facteurs tels que le contexte de pratique lorsque le prélèvement a été effectué (ex. : à l'urgence vs en clinique médicale par son médecin de famille) ;
- l'intervention peut être rendue très difficile, et par le fait même moins efficace, par l'impact émotif vécu par le cas-index, soit en raison de l'infection elle-même ou de la difficulté de la démarche entreprise (sentiment de gêne, embarras, etc.) ;
- le partenaire ne reçoit aucun counselling ou information d'un professionnel de la santé tant qu'il n'aura pas consulté.

Cette approche offre un encadrement moins soutenu que l'approche négociée précédemment décrite. Ainsi, cette approche apparaît moins appropriée et ne devrait pas être retenue pour les cas prioritaires. Ainsi, l'approche dite passive n'est acceptable que pour les autres cas d'ITS.

Dans le cadre de ce type d'intervention, aucune rencontre supplémentaire n'est prévue de façon systématique avec le cas-index. Par contre, le sujet de l'intervention préventive auprès des partenaires doit être abordé de façon explicite et spécifique lors des différents entretiens entre le clinicien et son patient. Ceci constitue un élément important du counselling pré test et du counselling post-test.

Les étapes de l'approche passive sont présentées de façon détaillée dans les documents du programme d'intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une ITS et auprès de leurs partenaires.

CHAPITRE 4 : OUTILS D'INTERVENTION

4.1 AIDES-MÉMOIRE

- A. Tableau des niveaux de risque des pratiques sexuelles ;
- B. Tableau des ITS à rechercher selon les facteurs de risque décelés ;
- C. Tableau des sites de prélèvements pour le dépistage des ITS ;
- D. Tableau synthèse des prélèvements de laboratoire pour les ITS ;
- E. Programme de gratuité des médicaments contre les ITS ;
- F. Tableau indiquant les périodes de contagiosité des diverses ITS, servant à déterminer les partenaires devant être notifiés ;
- G. Programme de vaccination contre le VHA et/ou le VHB ;
- H. Liste des dépliants disponibles sur les ITS.

Aide mémoire A : TABLEAU DES NIVEAUX DE RISQUE DES PRATIQUES SEXUELLES

NIVEAU DE RISQUE DE CONTRACTER UNE ITS¹³ LORS D'ACTIVITÉS SEXUELLES

Activité sexuelle	Niveau de risque
Baisers avec échange de salive (« french Kiss »)	- Risque théorique (très faible) de transmission des infections transmissibles par le sang¹⁴ s'il y a échange de salive et si la salive contient du sang¹⁵. Il est recommandé d'attendre 30 minutes après un brossage de dents pour diminuer la possibilité de présence de sang dans la salive. - Risque de transmission de l'herpès particulièrement en présence de lésions. - Pas d'évidence de risque pour les autres ITS.
Masturbation en solitaire ; Se faire masturber (sans utiliser de sécrétions génitales comme lubrifiant) ; Utiliser un accessoire sexuel sans le partager ; Recevoir de l'urine, des matières fécales ou du sperme sur le corps lorsque la peau n'a pas de lésions ; Se frotter corps contre corps.	- Aucune évidence de risque de transmission du VIH, des hépatites, de la gonorrhée, de la syphilis et de l'infection à Chlamydia. Toutefois il est possible (mais rare) de s'auto-inoculer une infection à un autre site : une personne avec une infection génitale (chlamydia ou gonorrhée) peut infecter sa conjonctive oculaire à partir de la zone génitale infectée par l'entremise de ses mains ou d'un accessoire sexuel contaminé. - Risque possible, mais rare, d'auto-inoculation de l'herpès : une personne ayant des lésions herpétiques à un endroit peut étendre son infection à d'autres parties de son corps. - Risque possible de transmission de l'herpès et des condylomes par contact direct avec les zones infectées. Risque surtout présent en présence de lésions mais excrétion virale asymptomatique parfois possible même en l'absence de lésions visibles.
Relations orales non protégées Fellation	- Risque faible de transmission du VIH. - Risque moyen-faible de transmission d'autres ITS comme l'infection à chlamydia, la gonorrhée, l'hépatite B et les condylomes. - Éviter l'éjaculation dans la bouche réduit le risque mais ne l'élimine pas (liquide pré-éjaculatoire peut être contaminé). - Risque élevé de transmission de l'herpès, surtout en présence de lésions. - Risque de transmission du VIH augmenté en présence de lésions de la muqueuse buccale : risque surtout pour le partenaire qui reçoit le pénis dans la bouche mais aussi pour celui dont le pénis est sucé ou léché puisqu'une petite quantité de sang provenant des lésions des gencives ou de la bouche du partenaire peut entrer en contact avec une lésion sur le gland ou le pénis ou avec la muqueuse de l'urètre.
Relations orales non protégées: Cunnilingus	Idem à fellation Risque plus élevé lors des menstruations.
Relations orales protégées : <i>Fellation avec condom</i> <i>Cunnilingus avec barrière de latex</i>	- Risque généralement négligeable de transmission d'une ITS. - Risque de transmission de l'herpès ou des condylomes car les lésions peuvent être à l'extérieur de la zone couverte.
Recevoir du sperme ou des sécrétions vaginales au niveau des muqueuses oculaires ou nasales	- Risque faible de conjonctivite (chlamydia et gonorrhée) - Risque très faible de transmission de l'hépatite B ou du VIH

¹³ Nous ne traitons pas ici de la gale ou des morpions qui se transmettent non seulement par contact sexuel mais aussi par contact étroit direct ou indirect avec une personne infestée.

¹⁴ Infections transmissibles par le sang : Infection au VIH, hépatite B et hépatite C

¹⁵ Certaines situations sont particulièrement susceptibles de provoquer un saignement des muqueuses : soins dentaires, brossages de dents, lésions buccales, maladies des gencives etc. Il est prudent de considérer que la présence de sang mêlé à la salive est possible dans de tels contextes même en l'absence de sang visible.

Activité sexuelle	Niveau de risque
Pénétrations vaginales ou anales non protégées : <i>Relations vaginopéniennes (vagin-pénis) et anopéniennes (anus-pénis) non protégées</i>	• Risque élevé de transmission des ITS incluant l'infection au VIH. • Risque présent même si la relation est interrompue avant l'éjaculation.
Pénétrations vaginales ou anales protégées : <i>Relations vaginopéniennes (vagin-pénis) et anopéniennes (anus-pénis) protégées par un condom</i>	• Risque faible de transmission des ITS (à cause du risque de bris de condom). Risque de bris probablement plus élevé lors de relations anales. • Nécessite une utilisation constante et adéquate du condom: une utilisation non adéquate est un facteur qui diminue la protection. • Risque de transmission de l'herpès ou des condylomes car les lésions peuvent être à l'extérieur de la zone couverte par le condom.

Adapté des tableaux présentés dans : : Santé Canada, Société canadienne du Sida. La transmission du VIH, guide d'évaluation du risque. Troisième édition (janvier 1999), 48 pages.

Niveau de risque	Activités sexuelles
Pas de risque documenté de contracter une ITS incluant l'infection au VIH et les hépatites virales	• Abstinence. • Masturbation en solitaire. • Se faire masturber sans utiliser de sperme ou de sécrétions vaginales comme lubrifiant. • Recevoir du sperme, des sécrétions vaginales, de l'urine ou des matières fécales sur une peau saine. • Se faire masser, toucher, caresser, se frotter corps contre corps ¹⁶ : aucun risque. ✓ sauf pour herpès et condylomes. ✓ sauf en présence de saignement et lésions cutanées (contact de sang avec une peau non intacte). • Utilisation non partagée d'objet sexuel ¹⁷.
Risque négligeable	• Relations orales protégées ¹⁸ par un condom (fellation) ou une barrière de latex (cunnilingus). • Relation ano-digitale. • Recevoir du sperme, des sécrétions vaginales, de l'urine ¹⁹ ou des matières fécales ⁹ sur une peau qui n'est pas intacte.
Risque faible	• Relations orales non protégées ²⁰. • Anilingus (bouche-anus) : risque de transmission des condylomes et de l'herpès surtout en présence de lésions. Risque particulier de transmission de l'hépatite A et des autres infections qui se transmettent par voie fécale-orale. • Pénétrations vaginales ou anales (relations anopéniennes ou vaginopéniennes) protégées par un condom: le risque est diminué par une utilisation constante et adéquate du condom. Le bris de condom ou une utilisation inadéquate amène un risque plus élevé.
Risque moyen ou élevé	• Pénétrations anales ou vaginales (relations anopéniennes ou vaginopéniennes) non protégées. • Recevoir une insertion d'accessoire sexuel qui a été utilisé chez une autre personne.

¹⁶ Aucun risque pour la transmission du VIH, des hépatites A, B ou C, de l'infection à *Chlamydia trachomatis*, de la gonorrhée et de la syphilis. La présence de saignement et de lésions cutanées peut comporter un risque de transmission des maladies transmissibles par le sang. L'herpès et les condylomes peuvent se transmettre par contact direct, surtout en présence de lésions.

¹⁷ L'utilisation d'un jouet sexuel peut causer une inflammation ou des microlésions aux muqueuses et favoriser la contamination si l'activité sexuelle est suivie d'une pénétration vaginale ou anale.

¹⁸ Risque plus important de transmission de l'herpès ou des condylomes car les lésions peuvent être à l'extérieur de la zone couverte.

¹⁹ Le risque est surtout relié aux maladies transmissibles par le sang (VIH, VHB, VHC) s'il y a **présence de sang dans l'urine ou les selles.**

²⁰ Risque augmenté en présence de lésions dans la bouche du partenaire.

Aide mémoire B : ITS À RECHERCHER SELON LES FACTEURS DE RISQUE DÉCELÉS

Les ITS pouvant faire l'objet de dépistage sont les suivantes :

- les infections gonococciques ;
- les infections à *C. trachomatis*
- la syphilis ;
- l'hépatite B ;
- le VIH ;
- une cytologie cervicale périodique est recommandée pour le dépistage du cancer du col. Les modalités de dépistage du cancer du col pourraient éventuellement inclure un test de détection des VPH oncogènes.

Chez la personne asymptomatique, le dépistage des infections suivantes n'est généralement pas approprié :

- l'herpès génital ;
- la trichomonase ;
- la mycoplasmosse génitale ;
- l'infection à cytomégalovirus ;
- les cultures vaginales (ou urétrales chez l'homme), la recherche d'une vaginose bactérienne ou les cultures spécifiques pour *Gardnerella vaginalis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma hominis* ou pour le streptocoque bêta-hémolytique du groupe B n'ont aucune place dans le dépistage des ITS. Toutefois, la détection de ces infections est tout à fait appropriée dans un contexte de diagnostic ;
- l'infection génitale aux virus des papillomes humains (VPH) : les tests utilisés actuellement sont pratiqués dans le cadre du dépistage du cancer du col ;

Voici les indications de dépistage basées sur les *Lignes directrices canadiennes* et adaptées au contexte épidémiologique québécois par le Comité consultatif québécois sur les ITS. Ce consensus est présenté à l'aide d'une grille dans laquelle figure 14 catégories de personnes à risque chez lesquelles il semble plus évident de procéder à des tests de dépistage. Cette grille peut orienter l'intervenant sur les ITS à rechercher selon les facteurs de risque dans un contexte de dépistage ciblé.

La fréquence du dépistage est évaluée selon le jugement clinique. Lorsque des facteurs de risque sont présents de manière continue, certains experts recommandent un dépistage aux 6 mois.

Il est bon de recommander aux patients qui subissent un test de dépistage de s'abstenir de toute activité sexuelle ou d'utiliser des condoms jusqu'à ce que l'on connaisse les résultats des tests.

ITS à rechercher selon les facteurs de risque décelés (à titre indicatif)

PERSONNES À RISQUE	ITS À RECHERCHER ou À ENVISAGER			
	Infection à C. trachomatis	Infection gonococcique	Syphilis	VHB et/ou VIH *
Les personnes ayant eu des relations sexuelles non protégées avec un membre de l'un ou l'autre des groupes 5 à 11 devraient subir les mêmes examens que la personne du groupe concerné.				
1. Personne < 25 ans ayant eu un nouveau partenaire sexuel au cours des deux derniers mois.	X			
2. Personne < 25 ans ayant eu plus de 2 partenaires sexuels dans la dernière année.	X	(X)	(X)	(X)
3. Personne < 25 ans ayant contracté une ITS au cours de l'année précédente.	X	(X)	(X)	(X)
4. Femme demandant une interruption de grossesse.	X	(X)	(X)	(X)
5. Personne ayant de multiples partenaires sexuels (plus de 2 partenaires au cours des 2 derniers mois ou plus de 5 partenaires au cours de la dernière année).	X	X	X	X
6. Jeune de la rue.	X	X	X	X
7. Utilisateur de drogues, injectables ou non.	X	X	X	X
8. Homme ayant des relations sexuelles avec des hommes.	X	X	X	X
9. Personne ayant eu une relation sexuelle avec une nouveau partenaire revenant d'un séjour dans un pays où les ITS ou le VIH sont endémiques.	X	X	X	X
10. Personne ayant eu relation sexuelle avec un partenaire originaire d'un pays où les ITS ou le VIH sont endémiques.	X	X	X	X
11. Travailleur, travailleuse du sexe.	X	X	X	X
12. Personne demandant un dépistage même en l'absence de facteur de risque avoué.	X	X	X	X
13. Femme enceinte présentant un facteur de risque ou dont le partenaire présente un facteur de risque.	X	X	X	X
14. Nouveau-né dont l'un des parents a une ITS ou est à risque.	(X)	(X)	(X)	(X)

X : dépistage recommandé

(X) : dépistage à envisager selon l'évaluation des risques à partir de l'anamnèse

*: counselling prétest et post-test requis

Aide mémoire C : SITES DE PRÉLÈVEMENTS POUR LE DÉPISTAGE DES ITS

Maladie	Sites habituels		Autres sites possibles	Période de temps entre l'exposition et la capacité d'un test à détecter l'infection
INFECTION À C. TRACHOMATIS	Femme	Homme	Urètre ou urine (femme) vagin (femme hystérectomisée)	Non documenté
	Endocol	Urètre, urine		
INFECTION GONOCOCCIQUE	Femme	Homme	Pharynx, anus Urètre (femme) Vagin (femme hystérectomisée) Urine (homme ou femme)	Non documenté
	Endocol	Urètre		
SYPHILIS	Femme	Homme		Les tests non tréponémiques (VDRL, RPR, ART, RST et TRUST) se positivent six semaines après l'exposition chez l'hôte immunocompétent
	Sang			
HÉPATITE B	Femme	Homme		Suite à l'exposition d'une muqueuse au VHB, les marqueurs suivants seront détectables dans le sang dans l'ordre suivant : <u>HBs Ag</u> : peut être détectable après 6 jours mais en moyenne après 1 à 2 mois et peut être détecté jusqu'à une période de 5 mois <u>HBe Ag</u> : suit de près HBs Ag et persiste 3 à 6 semaines <u>IgM anti-HBc</u> : 1 à 4 semaines après l'apparition de HBs Ag <u>Anti-HBe</u> : suit la disparition de HBe-Ag <u>Anti-HBs</u> : suit de quelques semaines la disparition de HBs Ag
	Sang			
VIH	Femme	Homme	Urine et salive (principalement en recherche et par les compagnies d'assurance)	95 % des tests se sont avérés positifs à trois mois
	Sang			

- Chez l'homme, quelque soit l'agent recherché ou le test utilisé, il est souhaitable que l'intervalle entre la dernière miction et un prélèvement urétral ou urinaire soit au moins d'une heure. L'urine de premier jet est requise : les 10 à 15 **premiers** ml d'urine sont largement suffisants. Une plus grande quantité d'urine diminue la qualité du prélèvement.

Aide mémoire D : TABLEAU SYNTHÈSE DES PRÉLÈVEMENTS DE LABORATOIRE POUR LES ITS (1)

Agent recherché et / ou test diagnostique	Type de prélèvement		Matériel utilisé	Conservation et transport au laboratoire
	Homme	Femme		
NEISSERIA GONORRHOEAE				
1) Coloration de Gram	Urétral	Endocervical : si on veut évaluer les polymorphonucléaires	Écouvillon ou mini-écouvillon sec Étalement sur lame non fixée	Boîtier, à la T° ambiante
2) Culture spécifique	Méat urinaire (si écoulement) Intra-urétral Pharyngé et/ou anal selon pratiques sexuelles	Endocervical	Ne pas utiliser d'écouvillon charbonné Effectuer le prélèvement avec un écouvillon ou mini- écouvillon à tige de métal ou de plastique et avec un embout de Dacron, Rayon ou Alginate de calcium.	Éviter de réfrigérer tout type d'échantillon destiné à la culture et éviter les variations de température durant le transport.
		Pharyngé et/ou anal selon pratiques sexuelles.	Ensemencer directement sur milieu sélectif (ex. Thayer Martin modifié) amené à T° ambiante avant l'ensemencement (15-20 min.)	Transport immédiat au laboratoire à T° ambiante ou à 35°C, de préférence dans une atmosphère de 5% CO ₂ .
		Urétral si absence de col Vaginal si prépubère	OU Ensemencer l'écouvillon sur un milieu de transport nutritif (ex. : Jembec ou Transgrow, Go Slide, etc.) amené à T° ambiante avant l'ensemencement (15-20 min.)	Envoyer au laboratoire (max. 5h. à T° ambiante) Si délai de transport >5h, envoyer au laboratoire à T° ambiante après une incubation préalable de 18-24 h. à 35°C ou Conserver à 35°C, max. 48h
			OU (moins recommandé) Placer l'écouvillon ou le mini-écouvillon dans un milieu de transport non nutritif (ex. : Amies ou Stuart)	Utiliser seulement pour un transport rapide au laboratoire. Conserver à T° ambiante, max. 8h. Ne pas réfrigérer.
3) TAAN (tests d'amplification des acides nucléiques) ex. : PCR, TMA, SDA	Urine (10-15 ml d'urine de premier jet, 1h. à 2h. post- miction) Intra-urétral	Endocol Urine (10-15 ml d'urine de premier jet, 1h à 2h. post- miction)	Prélèvement d'urine : Contenant stérile pour prélèvement urinaire OU Autres prélèvements : Nécessaires à prélèvement fournis par les manufacturiers des tests	Conditions variables selon les compagnies de TAAN T° ambiante : 5 jours (col, urètre) ou max. 24h (urine) Réfrigéré : 5-7 jours -20°C : 60 jours (urine) -70°C : 60 jours (col, urètre)

TABLEAU SYNTHÈSE DES PRÉLÈVEMENTS DE LABORATOIRE POUR LES ITS (2)

Agent recherché et / ou test diagnostique	Type de prélèvement		Matériel utilisé	Conservation et transport au laboratoire
	Homme	Femme		
CHLAMYDIA TRACHOMATIS				
1) TAAN (tests d'amplification des acides nucléiques) ex. : PCR, TMA , SDA	Urine (10-15 ml d'urine de premier jet, 1h. à 2h. post- miction) Intra-urétral	Endocervical Vaginal si prépubère Urine (10-15 ml d'urine de premier jet, 1h. à 2h. post- miction) Intra-urétral	Prélèvement d'urine : contenant stérile pour prélèvement urinaire OU Autres prélèvements : Nécessaires à prélèvement fournis par les manufacturiers des tests	Conditions variables selon les compagnies de TAAN T° ambiante : max. 5 jours (col, urètre) et max. 24 h. (urine) Réfrigéré : max. 7 jours (col, urètre) et 5 jours (urine) -20°C : 60 jours (urine) -70°C : 60 jours (col, urine)
2) Culture spécifique	Intra-urétral Anal Conjonctive	Endocervical Intra-urétral Anal Vaginal si prépubère Conjonctive	Milieu spécifique pour la culture (ex. 2SP) Écouvillon ou mini-écouvillon à tige de plastique ou de métal avec embout de coton, Rayon ou Dacron Cytobrosse (femme seulement)	Réfrigéré : max. 24 h. -70°C. : long terme
3) IFD : Immunofluorescence directe	Intra-urétral Conjonctive	Endocervical Conjonctive	Écouvillon ou mini-écouvillon à tige de plastique ou métal avec embout de coton, Rayon ou Dacron Cytobrosse (femme seulement) Étendre sur une lame, sécher à l'air et fixer (au besoin) à l'alcool ou l'acétone pour 10 min	Conditions variables selon les compagnies de IFD T° ambiante ou réfrigéré : max. 7 jours
4) EIA : test immuno- enzymatique	Intra-urétral	Endocervical	Nécessaires à prélèvement fournis par les manufacturiers des tests	Conditions variables selon les compagnies de EIA Réfrigéré : 5-7 jours T° ambiante : environ 24 h.

TABLEAU SYNTHÈSE DES PRÉLÈVEMENTS DE LABORATOIRE POUR LES ITS (3)

Agent recherché et / ou test diagnostique	Type de prélèvement		Matériel utilisé	Conservation et transport au laboratoire
	Homme	Femme		
TREPONEMA PALLIDUM (SYPHILIS)				
1) Sérologie : tests non tréponémiques : ex. : VDRL, RPR, TRUST	Sang		Tube de 7-10 ml avec un gel séparateur GR/GB du sérum	Réfrigéré
2) Sérologie : tests tréponémiques : ex. : TP-PA, FTA-ABS, TP- Elisa	Sang		Tube de 7-10 ml avec un gel séparateur GR/GB du sérum	
3) Fond noir	Sérosités extraites de la lésion par grattage		Entente avec le microbiologiste pour modalités de prélèvement et examen de lésions ou d'ulcères	
VIH, VHB et VHS				
Virus de l'immunodéficience humaine (VIH) : recherche des anticorps VIH	Sang		Tube de 7-10 ml avec un gel séparateur GR/GB du sérum	Réfrigéré
Virus de l'hépatite B (VHB) : recherche d'antigènes et / ou d'anticorps	Sang		Tube de 7-10 ml avec un gel séparateur GR/GB du sérum	Réfrigéré
Virus de l'herpès simplex (VHS) : Culture cellulaire virale	Sur lésions ou vésicules après grattage Urétral et/ou anal, selon la clinique	Sur lésions ou vésicules après grattage Urétral, cervical et/ou anal selon la clinique	Écouvillon ou mini-écouvillon sec (milieu de transport spécifique pour culture virale) OU Écouvillon ou le mini-écouvillon dans un milieu de transport non nutritif (ex. : Amies ou Stuart)	Réfrigéré : max. 48-72 h. Utiliser seulement pour un transport rapide au laboratoire. Conserver réfrigéré, max. 8h.

TABLEAU SYNTHÈSE DES PRÉLÈVEMENTS DE LABORATOIRE POUR LES ITS (4)

Agent recherché et / ou test diagnostique	Type de prélèvement		Matériel utilisé	Conservation et transport au laboratoire
	Homme	Femme		
<i>Chlamydia trachomatis</i> (sérovir L1, L2 ou L3) (lymphogranulome vénérien)	Le diagnostic de laboratoire devrait être réservé au médecin ayant une expertise dans le domaine L'accès à un diagnostic de laboratoire est limité à des laboratoires spécialisés			
<i>Calymmatobacterium granulomatis</i> (granulome inguinal)	Le diagnostic de laboratoire devrait être réservé au médecin ayant une expertise dans le domaine L'accès à un diagnostic de laboratoire est limité à des laboratoires spécialisés			
<i>Haemophilus ducreyi</i> (chancre mou)	Le diagnostic de laboratoire devrait être réservé au médecin ayant une expertise dans le domaine L'accès à un diagnostic de laboratoire est limité à des laboratoires spécialisés			
<i>Trichomonas vaginalis</i> (trichomonase)				
1- État frais	Méat urétral	Cul-de-sac vaginal	Écouvillon ou mini-écouvillon sec	Examen immédiat ou T° ambiante max. de 15 min., éviter le dessèchement
			OU Placer l'écouvillon dans un tube de 0,5 mL à 1,0 mL de saline	Transport au laboratoire à T° ambiante, max. 15 à 30 min..
			OU Placer l'écouvillon ou le mini-écouvillon dans un milieu de transport non nutritif (ex. : Amies ou Stuart	Transport au laboratoire à T° ambiante , max 24 h.
1) Culture spécifique			Écouvillon ou mini-écouvillon sec placé dans le milieu de transport Amies ou déchargé dans un bouillon pour la culture (ex. : milieu de Diamond)	Transport au laboratoire à T° ambiante, max. 24h Transport au laboratoire à T° ambiante, max. 24h

Aide mémoire E : PROGRAMME DE GRATUITÉ DES MÉDICAMENTS POUR LE TRAITEMENT DES ITS

Depuis avril 1992, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a mis de l'avant un «Programme de gratuité des médicaments utilisés dans le traitement des maladies transmissibles sexuellement». Le programme s'adresse à tout résident du Québec atteint d'une ITS, à condition qu'il soit inscrit à la Régie de l'assurance maladie et qu'il présente une carte d'assurance maladie valide ou un carnet de réclamation en vigueur délivré suivant l'article 70 ou 71 de la Loi sur l'assurance maladie. Tout service obtenu à l'extérieur du Québec n'est pas couvert par ce programme. Les personnes sont libres de se prévaloir du programme. Les maladies et les cas visés sont les suivants :

- Syndromes cliniques associés aux ITS : atteinte inflammatoire pelvienne, salpingite, cervicite, urétrite, rectite, proctite, épididymite ;
- Infections à *C. trachomatis* ;
- Infections gonococciques ;
- ITS rares : Chancre mou, lymphogranulome vénérien, granulome inguinal ;
- syphilis ;
- Cas contact d'ITS soumis à un traitement épidémiologique.

Les traitements s'adressent tant aux personnes chez qui une infection est diagnostiquée qu'à leurs contacts identifiés. Le médecin concerné n'a qu'à rédiger une ordonnance médicale qui comprend, outre les renseignements habituels, un code spécifique (code K pour cas-index ou le code L pour cas-contact) référant au programme de gratuité des médicaments pour le traitement des ITS. Les médicaments recommandés dans *les Lignes directrices canadiennes* pour le traitement des ITS sont admissibles au programme.

Cependant, **la spectinomycine et la pénicilline G benzathine** ne sont plus disponibles sur le marché canadien. Il est toutefois possible de s'en procurer via le programme d'accès spécial aux médicaments (PAS) de Santé Canada. Depuis mai 2002, pour faciliter l'accès au traitement de la syphilis, le MSSS a effectué des achats de médicaments par l'entremise du PAS, permettant de faire une réserve de pénicilline G benzathine pour le traitement de cette condition. Des doses de ce médicament sont donc accessibles dans chaque région socio-sanitaire du Québec et le coût est assumé par le ministère. La gestion de la distribution du médicament est assurée par les directions de santé publique de chacune des régions. Celles-ci ont eu le mandat d'informer les médecins de leur territoire des modalités spécifiques d'accès aux des doses de pénicilline G benzathine pour le traitement d'un patient avec un diagnostic de syphilis et pour le traitement épidémiologique des partenaires sexuels. Toutefois, certaines contraintes légales et administratives du PAS de Santé Canada doivent être respectées. Pour obtenir le médicament, les renseignements suivants doivent être fournis : l'identification du demandeur; les initiales, la date de naissance et le sexe du bénéficiaire; la justification médicale de l'emploi du médicament; le nombre de doses requises et la posologie. Ces renseignements permettent de compléter les rapports qui doivent être acheminés à la direction de la santé publique, qui doit suivre l'inventaire régional et informer le MSSS des besoins additionnels.

Aide mémoire F :
PÉRIODE DE CONTAGIOSITÉ DES DIVERSES ITS
SERVANT À IDENTIFIER LES PARTENAIRES DEVANT ÊTRE NOTIFIÉS

Cas contact d'une infection à C. trachomatis ou d'une infection gonococcique
• Contact sexuel avec un cas-index dans les 60 jours précédant le début des symptômes ou le moment du diagnostic. • Le plus récent partenaire sexuel du cas-index, s'il n'y a aucun partenaire sexuel dans les derniers 60 jours précédant le début des symptômes ou le moment du diagnostic. • Contacts sexuels avec un cas-index avant que celui-ci ait complété son traitement ou moins de 7 jours après un traitement unidose. • Contact sexuel avec un cas-index symptomatique.
Cas contact d'une syphilis primaire
• Contact sexuel avec un cas-index jusqu'à 90 jours avant le début des symptômes ou le moment du diagnostic. • Contact sexuel avec le cas-index pendant la durée des symptômes.
Cas contact d'une syphilis secondaire
• Contact sexuel avec un cas-index jusqu'à 6 mois avant le début des symptômes ou le moment du diagnostic. • Contact sexuel pendant la durée des symptômes.
Cas contact d'une syphilis latente précoce
• Contact sexuel avec un cas-index jusqu'à un an avant le moment du diagnostic.
Cas contact d'une syphilis latente tardive et autres
• Les anciens partenaires devraient être référés pour évaluation clinique et sérologiques. Si le titre de VDRL est élevé (1 :32 ou plus) il est plus prudent d'agir comme si c'était une syphilis latente précoce et rechercher aussi les partenaires de la dernière année.
Cas contact d'un chancre mou
• Contact sexuel avec le cas-index jusqu'à 10 jours avant le début des symptômes.
Cas contact d'une lymphogranulomatose vénérienne
• Contact sexuel avec le cas-index jusqu'à 30 jours avant le début des symptômes.
Cas contact d'un granulome inguinal
• Contact sexuel avec le cas-index dans les 60 jours avant le début des symptômes.

Source : Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines 2002, MMWR, Vol 51, No RR-6, May 10, 2002. 84 p. <http://www.cdc.gov/mmwr/>

Aide mémoire G : PROGRAMMES DU MSSS (MISE À JOUR AOÛT 2003)
VACCINATION GRATUITE CONTRE LE VHA ET/OU LE VHB

GROUPE AYANT ACCÈS À LA VACCINATION GRATUITE⁽¹⁾	VACCIN⁽²⁾
EN PRÉ-EXPOSITION :	
Tous les jeunes âgés de 18 ans ou moins.	Hépatite B
Les hommes et les femmes hétérosexuels qui ont plusieurs partenaires sexuels****.	Hépatite B
Les hommes et les femmes hétérosexuels qui ont eu récemment une infection transmissible sexuellement (ITS).	Hépatite B
Les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes.	Hépatites A et B
Les usagers de drogues illicites par voie orale dans des conditions non hygiéniques.	Hépatite A
Les usagers de drogues injectables.	Hépatite A et B*
Les secouristes bénévoles de l'Ambulance St-Jean (sur présentation d'une preuve d'affiliation à l'organisme) et les secouristes bénévoles de la Croix-Rouge exposés au sang dans le cadre de leur fonction (sur preuve d'une affiliation à l'organisme)..	Hépatite B
Les pensionnaires des établissements pour déficients mentaux.	Hépatite B
Les personnes hémodialysées, hémophiles et celles qui sont appelées à recevoir de nombreuses transfusions de sang ou de produits sanguins.	Hépatite B
Les personnes atteintes de maladie hépatique chronique en raison du risque accru d'hépatite A fulminante (ex. porteur de l'hépatite B ou C, cirrhose).	Hépatites A et B*
Les personnes qui fréquentent le même service de garde qu'une personne, enfant ou adulte, présentant une infection au VHB.	Hépatite B
Les nouveau-nés dont la mère est infectée par le virus de l'hépatite C.	Hépatite B
Les étudiants dans un domaine où ils sont à risque d'une exposition professionnelle au VHB.	Hépatite B
Les enfants dont les parents sont originaires de zones endémiques pour l'hépatite B.	Hépatite B
Les membres de communautés qui connaissent une forte endémicité ou dans lesquelles des épidémies d'hépatite A sont à répétition. La communauté hassidique ; La communauté autochtone du Nunavik.	Hépatite A

**** A titre indicatif, on peut considérer la définition suivante : avoir eu plus de 2 partenaires au cours des 2 derniers mois ou avoir eu plus de 5 partenaires au cours de la dernière année.

GROUPES AYANT ACCÈS À LA VACCINATION GRATUITE	VACCIN
EN POST-EXPOSITION :	
Les victimes d'agression sexuelle.	Hépatite B**
Les personnes exposées à des liquides biologiques (accidents percutanés) en dehors du milieu professionnel.	Hépatite B***
Les personnes qui ont des contacts sexuels ou qui vivent avec un porteur du VHB ou avec une personne atteinte d'hépatite B aiguë.	Hépatite B**
Nouveau-nés dont la mère est infectée par le VHB.	Hépatite B**
Nouveau-nés dont le statut VHB de la mère a mère est inconnu	Hépatite B**
Les contacts réceptifs d'un cas d'hépatite A (voir le protocole spécifique).	Hépatite A***

* Pour les personnes ayant reçu le vaccin contre le VHA ou celui contre le VHB (ou déjà immunisées naturellement contre l'une ou l'autre de ces maladies), les vaccins monovalents contre le VHA ou le VHB doivent être utilisés.

** Vérifier les protocoles pour les indications immunoglobulines spécifiques contre l'hépatite B (HBIG).

*** Avec ou sans immunoglobulines, selon l'évaluation.

(1) Il s'agit uniquement des groupes pour lesquels la vaccination est accessible gratuitement via la programme du MSSS. Pour les indications complètes, se référer au Protocole d'immunisation du Québec (PIQ).

(2) Se référer au Protocole d'immunisation du Québec (PIQ) pour les posologies et le calendrier de chaque produit.

Aide mémoire H : LISTE DE DÉPLIANTS

TITRE	V.A*	DISPONIBLE SITE MSSS**
ITS GÉNÉRAL (en version française)		
La Chlamydia. Renseignements sur la personne infectée et ses partenaires sexuels	X	X
Les condylomes ou verrues génitales. Renseignements sur la personne infectée et ses partenaires sexuels	X	X
L'infection du col de l'utérus par le virus du papillome humain. Renseignements sur la personne infectée et ses partenaires sexuels	X	X
Herpès génital. Renseignements sur la personne infectée et ses partenaires sexuels	X	X
MTS – Mieux les connaître pour mieux les éviter...	X	
J't'aime, j'capote		
Sexualité, MTS et sida Parlons-en. Une brochure à l'intention des parents.	X	X
VIH-SIDA		
Le sida ça vous touche de toutes façons	X	X
Enceinte ou vous pensez le devenir... et le SIDA ?	X	
HÉPATITES VIRALES		
Exposition accidentelle à du sang ou à un autre liquide biologique pouvant être contaminés par le virus de l'hépatite B, le virus de l'hépatite C ou le virus du sida. 4 dépliants :		
Information pour les travailleurs de la santé exposés		X
• Information pour la personne exposée	X	X
• Information pour la personne source	X	X
• Information pour les parents d'un enfant exposé	X	X
2 signets :		
• Vaccination contre l'hépatite B	X	
• Immunoglobulines contre l'hépatite B	X	
L'Hépatite C ; Une infection sournoise	X	X

*V.A. : version en anglais.

**Site du MSSS : www.msss.qc.ca dans les onglets : documentation, publications et sujets -VIH-SIDA

LISTE DES DÉPLIANTS (SUITE)

TITRE	V.A	DISPONIBLE SITE MSSS
HOMOSEXUALITÉ		
Bien vivre son orientation sexuelle : Les femmes et l'homosexualité	X	
Bien vivre son orientation sexuelle : Les hommes et l'homosexualité	X	
« Sécurisexe », guide pour jeunes hommes gais et bisexuels	X	
PRATIQUE À RISQUE		
Tatouage et« body piercing »... tout en se protégeant du sida, des hépatites B et C	X	
Tatoueurs et perceurs protégez-vous. Protégez vos clients contre le VIH/SIDA et les hépatites B et C	X	
Si tu prends de la drogue. Évite le bad trip des hépatites A, B, C	X	
Prudence avec les seringues trouvées dans un lieu public	X	
Chacun son kit – Une idée fixe	X	

*V.A. : version en anglais

Site du MSSS : www.msss.qc.ca dans les onglets : documentation, publications et sujets MTS-VIH-SIDA

Pour toute demande de 25 exemplaires et plus :

Commander par :

- Courrier électronique à : communications@msss.gouv.qc.ca
- Télécopieur : (418) 644-4574
- Par la poste à : MSSS – Direction des Communications
1075 chemin Ste-Foy, 16^e étage Québec (Québec) G1S 2M1

Pour toute demande de 25 exemplaires et moins :

Commander par :

- Courrier électronique à : michel.brosseau@msss.gouv.ca
- Télécopieur au : (514) 873-9997
- Par la poste au : MSSS – Service de lutte contre les ITSS – documentation
201, boul. Crémazie Est bureau RC-03 Montréal (QC) H2M 1L2

4.2 FORMULAIRES D'INTERVENTION (ANNEXES 1 À 7)

- Formulaire d'enquête épidémiologique réalisée à la suite de la déclaration d'une ITS MADO;
- Guide d'utilisation du formulaire d'enquête épidémiologique d'ITS MADO ;
- Formulaire d'enquête épidémiologique réalisée à la suite d'une déclaration de syphilis congénitale ;
- Formulaire de collecte d'information à l'occasion de l'intervention préventive auprès d'un partenaire;
- Guide d'utilisation du formulaire de collecte d'information à l'occasion de l'intervention préventive auprès d'un partenaire et déroulement de l'entrevue;
- Formulaire B – Partie 1 : Demande d'enquête à Héma-québec pour une personne infectée ayant reçu du sang (version à jour en date du 10 mars 2004, vérifier périodiquement si la version est à jour).
- Formulaire B – Partie 2 : Demande de la liste des produits transfusés au centre hospitalier pour une personne infectée ayant reçu du sang (version à jour en date du 10 mars 2004, vérifier périodiquement si la version est à jour).

4.3 LETTRES TYPES RELATIVES À L'INTERVENTION PRÉVENTIVE AUPRÈS DES PARTENAIRES (ANNEXES 8 À 13)

- Lettre type de confirmation d'entente entre le médecin et la direction de la santé publique relativement à l'intervention préventive auprès du cas-index à la suite de la déclaration d'une ITS-MADO prioritaire;
- Lettres type destinée à la personne infectée ou à son partenaire, l'invitant à communiquer avec un professionnel de la santé publique ; (première lettre et deuxième avis)
- Lettres type de rétroaction destinée au clinicien à la suite d'une démarche de la santé publique auprès de l'un de ses patients : Collaboration du patient et absence de collaboration du patient ;
- Lettre type pour diriger un partenaire informé de son exposition à une ITS vers un médecin;
- Lettre et formulaire de suivi de l'intervention préventive réalisée par le médecin pour les cas prioritaires.
- Fiche de transfert de dossier d'un service à un autre ou d'une région à une autre.

4.4 SOUTIEN À L'INTERVENTION PRÉVENTIVE AUPRÈS DES PARTENAIRES DE PERSONNES INFECTÉES PAR UNE ITS

- Outil promotionnel du *Programme d'intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une ITS et auprès de leurs partenaires*, destiné aux professionnels de la santé (*à venir*) ;
- Aide-mémoire pour l'intervention préventive auprès des partenaires, destiné aux cliniciens (*à venir*) ;
- Dépliant à l'intervention préventive auprès des partenaires, destiné à la personne infectée (*à venir*) ;
- Carte de sensibilisation à l'importance de l'intervention préventive auprès des partenaires (format carte professionnelle) (*à venir*) ;
- Affiche de sensibilisation à l'importance de l'intervention préventive auprès des partenaires (*à venir*) ;

RÉFÉRENCES

DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE POUR L'INTERVENTION DE SANTÉ PUBLIQUE

Centre Québécois de Coordination sur le Sida. Recommandations du comité consultatif MTS quant aux directives de dépistage des MTS des Lignes directrices canadiennes pour les MTS, édition 1998. Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1999. 14 pages.

Lefebvre J. Steben M. Venne S. Les tests d'amplification des acides nucléiques comme standard de pratique pour la recherche de *Chlamydia trachomatis*. Avis du Comité consultatif sur les infections transmissibles sexuellement (ITS). Mai 2002.

SANTÉ CANADA, Lignes directrices canadiennes pour les MTS, édition 1998., Direction générale de la protection de la santé , Division de la prévention et du contrôle des MTS. Site internet : http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/publicat/std98/index_f.html

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Programme national de santé publique 2003-2012*, Direction des communications, ministère de la Santé et des services sociaux, 2003, 133 pages.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Stratégie de lutte contre les MTS – Orientations 2000-2002*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2000, 36 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Stratégie québécoise de lutte contre les MTS. Orientations 2000-2002*, Direction des communications, ministère de la Santé et des services sociaux, 2000, 36 p.

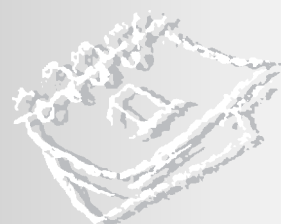
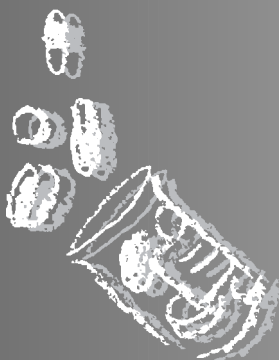
SANTÉ CANADA, Société canadienne du Sida. La transmission du VIH, guide d'évaluation du risque. Troisième édition (janvier 1999). 48 pages.

Sexually Transmitted Diseases. Third edition. Holmes KK, Sparling PF, Mårdh PA, Lemon SM, Stamm WE, Piot P, Wasserheit JN editors. 1999

Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 10 mai 2002, MMWR Vol 51 No. RR-6), Site internet : <http://www.cdc.gov/std/treatment>

Screening tests to detect *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae* infections -2002, 18 octobre 2002, MMWR Vol 51 No. RR-15), Site internet : <http://www.cdc.gov.mmwr>

Site du MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX pour les brochures ou dépliants sur les ITS, le VIH-SIDA et les hépatites virales : www.msss.qc.ca dans les onglets documentation, publications et sujets MTS-VIH-SIDA



Annexe 1

Formulaire d'enquête épidémiologique réalisée
à la suite de la déclaration d'une ITS MADO

Section 2 : Données cliniques

Section complétée auprès du ☐ Médecin ☐ Cas-Index ☐ Autre

Section 2 A. Données cliniques générales

Toute enquête ITS MADO

2.1 Date du prélèvement ____/____/____ (aaaa/mm/jj)

2.2 Patient **avisé** de ses résultats ☐ Oui ☐ Non : date prévue ____/____/____ (aaaa/mm/jj) ☐ Inconnu

2.3 Histoire de symptômes ☐ Oui Si oui précisez : ☐ Non ☐ Inconnu

Date de début des symptômes : ____/____/____ (aaaa/mm/jj)

☐ Écoulement ☐ Dysurie ☐ Lésions ☐ Douleur

☐ Autre, préciser : _____

Disparition des symptômes ☐ Oui ☐ Non

2.4 Site ou nature du (des) prélèvement(s) positif(s). (Cochez **TOUS** ceux dont le résultat est **POSITIF**).

- | | | | | |
|---------------------------------|--------------------------------------|---|--|--------------------------------------|
| ☐ Col | ☐ Pharynx | ☐ Sang | ☐ Articulation/synovial | ☐ Trompe |
| ☐ Urètre | ☐ Anus/rectum | ☐ Lésion cutanée | ☐ Œil | ☐ Autre _____ |
| ☐ Urine | ☐ Prostate | ☐ LCR | ☐ Vagin | |

2.5 Technique utilisée pour l'analyse du prélèvement :

- | | | |
|--|---|------------------------------------|
| ☐ Culture | ☐ Détection des acides nucléiques (ex. PCR, TMA, SDA,...) | ☐ Sérologie |
| ☐ Détection antigénique par Elisa | ☐ Détection antigénique par immunofluorescence (Micro-track) | ☐ Fond noir |
| ☐ Autre Préciser : _____ | ☐ Inconnu | |

2.6 Profil de résistance (vérifier selon les données de la déclaration, rapport LSPQ, résultat de laboratoire)
variable actuellement pertinente dans le cas des infections gonococciques, inscrire inconnu pour les autres infections

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ Pas de résistance (souche sensible) | | |
| ☐ Souche productrice de β -lactamase (NGPP) | ☐ Résistance à la tétracycline | ☐ Résistance à la céfixime |
| ☐ Résistance à la pénicilline autre que NGPP | ☐ Résistance à la ceftriaxone | ☐ Résistance à la ciprofloxacine |
| ☐ Inconnu | ☐ Autre Préciser : _____ | |

2.7 Traitement prescrit (Cochez tous les antibiotiques prescrits) Pour faciliter l'identification des antibiotiques prescrits, consulter le CPS

Date du début du traitement : ____/____/____ (aaaa/mm/jj) Date de fin du traitement (idem si unidose) ____/____/____ (aaaa/mm/jj)

- | | |
|--|---|
| ☐ Céfixime (Suprax)
☐ Ciprofloxacine (Cipro)
☐ Ofloxacine (Floxin)
☐ Ceftriaxone (Rocephin) | ☐ Azithromycine (Zithromax)
☐ Doxycycline (Vibra-Tabs, Doryx, Doxycine, Doxytec, Apo-doxy, Novo-Doxylin, etc.)
☐ Érythromycine (Erythromid, Eryc, Erybid, Etrythro, Erythrocin, Ilosone, Illocytin, etc.)

☐ 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 Préciser : _____

NB. Pour la syphilis, le chancre mou, le lymphogranulome vénérien, précisez si possible le dosage des antibiotiques prescrits

2.8 Suivi (visite de contrôle)

- | | |
|---|---|
| ☐ Faite (date) ____/____/____ (aaaa/mm/jj) | ☐ Planifiée (date) ____/____/____ (aaaa/mm/jj) |
| ☐ Non prévue | ☐ Inconnu |

Syphilis : compléter la section 2B
Autres ITS : passer à la page 5

Section 2 B : Données cliniques spécifique à la syphilis

SYMPTÔMES ET SIGNES CLINIQUES

☐ Ulcère génital ou chancre ☐ Rash ou lésions cutanées (autres que ulcération génitale ou chancre)

☐ Autres (précisez) _____ Date de début des symptômes : ____/____/____ (aaaa/mm/jj)

Description ou commentaires _____

RÉSULTATS DE LABORATOIRE

Tests non tréponémiques

☐ VDRL réactif (précisez titre) _____

☐ VDRL non réactif

☐ TRUST réactif (précisez titre) _____

☐ TRUST non réactif

☐ RPR réactif (précisez titre) _____

☐ RPR non réactif

Tests tréponémiques (sérologie ou microscopie)

☐ TP-PA réactif

☐ TP-PA 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)

Autre type de test (préciser) _____ Résultat : _____

Résultat(s) sur LCR : _____

☐ protéinorachie élevée

☐ pléocytose

☐ Autre test sur LCR _____

Résultats antérieurs de tests non tréponémiques (si disponibles)

Type de test	Résultat – Titre	Date
☐ VDRL	☐ Réactif Précisez titre _____	____/____/____
☐ TRUST	☐ Non réactif	aaaa mm jj
☐ RPR		

VALIDATION DE LA CLASSIFICATION DES CAS DÉCLARÉS DE SYPHILIS

SYPHILIS INFECTIEUSE

Cas confirmé : conditions requises dans les définitions nosologiques

☐	Syphilis primaire	☐ Observation de <i>Treponema pallidum</i> (chancre ou ganglion lymphatique régional) par examen microscopique sur fond noir ou à l'aide d'anticorps fluorescents (DFA-TP) ou ☐ Détection dans un prélèvement d'un chancre par une technique d'amplification génique appropriée d'acides nucléiques de <i>Treponema pallidum</i> ou ☐ Chancre compatible avec une syphilis primaire et test tréponémique (FTA-ABS, TP-PA) positif ou ☐ Chancre compatible avec une syphilis primaire et augmentation d'au moins quatre fois du titre du dernier test non tréponémique (VDRL, RPR, TRUST)
☐	Syphilis secondaire	☐ Fond noir positif à <i>Treponema pallidum</i> ou d'anticorps fluorescents (DFA-TP) (lésions cutanéomuqueuses ou condylome plat) ou présence des deux conditions suivantes: ☐ lésions cutanéomuqueuses typiques (alopécie, chute des cils et du tiers latéral des sourcils), iritis, adénopathies généralisées, fièvre, malaises ou splénomégalie; ET ☐ détection sérologique par des tests non tréponémique (VDRL, RPR, TRUST) et tréponémique (FTA-ABS, TP-PA) ou augmentation d'au moins quatre fois du titre du dernier test non tréponémique (VDRL, RPR, TRUST) par rapport au précédent test.

VALIDATION DE LA CLASSIFICATION DES CAS DÉCLARÉS DE SYPHILIS

SYPHILIS INFECTIEUSE (suite) *Cas confirmé : conditions requises dans les définitions nosologiques*

☐ Syphilis latente précoce (≤ 1 an)

- ☐ Confirmé
- ☐ Non confirmé
- ☐ En suspens

Présence des trois conditions suivantes :

- ☐ absence de manifestations cliniques de syphilis; **et**
- ☐ détection sérologique d'une infection à *Treponema pallidum* par des tests non tréponémiques (VDRL, RPR, TRUST) et tréponémique (FTA-ABS, TP-PA, EIA); **et**
- ☐ une des situations suivantes au cours des douze derniers mois:
 - * un résultat négatif ou un titre quatre fois inférieur lors d'un test non tréponémique effectué antérieurement; **ou**
 - * symptômes compatibles avec une syphilis primaire ou secondaire sans traitement subséquent; **ou**
 - * contact sexuel avec une personne atteinte d'une syphilis primaire, secondaire ou latente précoce sans antécédent de traitement.

SYPHILIS ANCIENNE - NON CONTAGIEUSE *Cas confirmé : conditions requises dans les définitions nosologiques*

☐ Syphilis latente tardive (> 1 an)

Présence des quatre conditions suivantes :

- ☐ détection sérologique d'une infection à *Treponema pallidum* par un test tréponémique (FTA-ABS, TP-PA, EIA) indépendamment du résultat au test non tréponémique (VDRL, RPR, TRUST); **et**
- ☐ absence de manifestations cliniques de syphilis; **et**
- ☐ aucun traitement antérieur pour la syphilis; **et**
- ☐ absence de situations suggérant l'acquisition de l'infection par *Treponema pallidum* au cours des douze derniers mois et telles que décrites au point 3 de la définition de cas de la syphilis latente précoce.

☐ Neurosyphilis

Nerveuse asymptomatique
Nerveuse symptomatique

- ☐ Détection sérologique d'une infection à *Treponema pallidum* par un test tréponémique (FTA-ABS, TP-PA, EIA) indépendamment du résultat au test non tréponémique (VDRL, RPR, TRUST) chez une personne qui présente **une des trois** conditions suivantes:
 - ☐ un VDRL réactif sur un LCR non sanguinolent; **ou**
 - ☐ manifestations cliniques compatibles avec une neurosyphilis (ex.: syphilis méningo-vasculaire, parésie généralisée ou *tabes dorsalis*) et pléiocytose sur le LCR en l'absence d'autres causes; **ou**
 - ☐ manifestations cliniques compatibles avec une neurosyphilis (ex.: syphilis méningo-vasculaire, parésie généralisée ou *tabes dorsalis*) et protéinorachie sur le LCR en l'absence d'autres causes.

☐ Syphilis tertiaire autre que la neurosyphilis

- ☐ Syphilis cardio-vasculaire
- ☐ Syphilis symptomatique tardive – autres formes
- ☐ Syphilis sans précision

- ☐ Détection sérologique d'une infection à *Treponema pallidum* par un test tréponémique (FTA-ABS, TP-PA) indépendamment du résultat au test non tréponémique (VDRL, RPR, TRUST) chez une personne qui présente **les deux conditions suivantes**:
 - ☐ manifestations cliniques compatibles au niveau du système cardiovasculaire, osseux ou cutané en l'absence d'autres causes; **et**
 - ☐ absence de manifestations cliniques ou d'épreuves de laboratoire compatibles avec une neurosyphilis.

Commentaires au niveau de la classification du cas

Section 3 . Facteurs de risque ou de vulnérabilité

Compléter pour toute enquête ITS MADO sauf syphilis ancienne

Section complétée auprès du ☐ médecin ☐ cas-index ☐ autre

3.1 Grossesse en cours (cas index ou partenaire) : ☐ oui ☐ non ☐ Inconnu ☐ NA(HARSAH)
Si le cas index est une femme, est-elle enceinte ? s'il s'agit d'un homme, a-t-il une partenaire sexuelle enceinte ?

3.2 Si le cas index est une femme, antécédent d'interruption volontaire de grossesse
☐ Oui : nombre : ____ ☐ non ☐ Inconnu ☐ NA (hommes)

3.3 Si le cas index est une femme, histoire compatible avec une complication du système reproducteur (AIP, grossesse ectopique, infertilité, etc...)
☐ oui ☐ non ☐ Inconnu ☐ NA(hommes)

3.4 Antécédents d'ITS ☐ oui ☐ non ☐ Inconnu

3.5 Nombre de partenaires sexuels au cours des derniers 60 jours (2 mois) : _____

3.6 Nombre de partenaires sexuels au cours de la dernière année ☐ Aucun ☐ 1 ☐ 2 à 4 ☐ 5 à 10 ☐ > 10 ☐ Inc

3.7 Sexe des partenaires sexuels (dernière année) : ☐ hommes ☐ femmes ☐ les deux ☐ Inconnu

3.8 Lien avec le milieu de la prostitution au cours de la dernière année (*travailleur(euse) du sexe ou client(e)*)

- a) A reçu de l'argent/drogue en échange de relations sexuelles au cours de la dernière année (*travail du sexe*)
☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu
- b) A donné de l'argent/drogue en échange de relations sexuelles au cours de la dernière année (*client*)
☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu

3.9 Relation(s) sexuelle(s) dans un sauna (dernière année) : ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu

3.10 Consommation de drogues illicites (dernière année) ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu

3.10.1 Si oui, type de drogue ☐ Cocaine ☐ Héroïne ☐ Exstasy ☐ Crack
☐ Autre _____

3.11 Utilisation de drogues par injection (dernière année) : ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu

3.12 Contact récent¹ avec un cas connu d'ITS ☐ Oui, Type ITS : _____ ☐ Non ☐ Inconnu

3.13 Histoire d'un ou plusieurs partenaires sexuels récents¹ avec présence de risque élevé (HARSAH, usager de drogues, travailleur(euse) du sexe ou client, multiples partenaires, relations sexuelles à l'étranger)
☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu

3.14 Histoire de relation(s) sexuelle(s) récente(s)¹ avec une personne résidant habituellement à l'extérieur du Québec

a) **Voyage récent¹ à l'extérieur du Québec** ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu

Si oui :

Endroit visité	_____	_____	_____
	Pays	Province/État	Ville
Relation(s) sexuelle(s) avec une personne qui réside habituellement à l'extérieur du Québec, pendant le voyage :			
☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu			
Si oui, précisez le lieu de résidence habituelle de ce partenaire			
_____	_____	_____	_____
	Pays	Province/État	Ville

b) **Histoire récente¹ de relation(s) sexuelle(s) avec une personne qui réside habituellement à l'extérieur du Québec, mais qui était en visite (voyage) au Québec** ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu

Si oui, précisez le lieu de résidence habituelle de ce partenaire		
_____	_____	_____
	Pays	Province/État

¹ Le terme « récent » correspond à la période d'incubation moyenne. Derniers 2 mois pour chlamydiae et gonorrhée, trois mois pour syphilis primaire, six mois pour syphilis secondaire et 1 an pour syphilis latente précoce.

3.14 A OPTIONNELLE

Histoire de relation(s) sexuelle(s) récente(s)¹ avec une personne résidant habituellement à l'extérieur de la région

Voyage récent à l'extérieur de la région

☐ Oui

☐ Non

☐ Inconnu

Si oui :

Endroit visité	_____	_____
	Région	Ville
Relation(s) sexuelle(s) avec une personne qui réside habituellement à l'extérieur de la région		
Pendant le voyage :	☐ Oui	☐ Non ☐ Inconnu

Si oui, précisez le lieu de résidence habituelle de ce partenaire

_____	_____
Région	Ville

Histoire récente de relation(s) sexuelle(s) avec une personne qui réside habituellement à l'extérieur de la région, mais qui était en visite (voyage) dans la région

☐ Oui

☐ Non

☐ Inconnu

Si oui, précisez le lieu de résidence habituelle de ce partenaire	
_____	_____
Région	Ville

¹ Le terme « récent » correspond à la période d'incubation moyenne. Derniers 2 mois pour chlamydiose et gonorrhée, trois mois pour syphilis primaire, six mois pour syphilis secondaire et 1 an pour syphilis latente précoce.

Section 4 : Intervention préventive auprès du cas-index

- ☐ Infection gonococcique, Syphilis infectieuse
- ☐ Infection à *Chlamydia trachomatis* avec facteur de vulnérabilité
- ☐ Infections rares (lymphogranulome vénérien, chancre mou et granulome inguinal)

☐ INFORMATION SUR LA MALADIE

Fournir des informations générales sur l'infection incluant les risques de complications en l'absence de traitement; Vérifier l'observance au traitement et au suivi recommandé par le médecin; Vérifier la disparition des symptômes; Vérifier le risque de réinfection ; 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 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 documentée Fournir les informations sur le programme de gratuité des médicaments pour le traitement ITS	Notes de l'intervenant
☐ COUNSELLING PRÉVENTIF AUPRÈS DU CAS-INDEX	
Sensibiliser la personne aux principaux facteurs de risque identifiés et l'encourager à adopter des comportements sécuritaires; Discuter du contexte de rencontre des partenaires (ex. anonymat, alcool et drogues, etc...); Documenter les principales pratiques sexuelles de la personne et les niveaux de risque qui leur sont associés ; informer sur les pratiques sexuelles plus sécuritaires; Réviser et évaluer l'utilisation des méthodes barrières ; ☐ utilisation systématique et constante du condom; ☐ mode d'emploi du condom; ☐ information sur les autres méthodes barrières au besoin ☐ double protection pilule-condom; Cerner les obstacles à la prévention et proposer des moyens pour les surmonter; Discuter de la pertinence du dépistage des ITSS selon les risque identifiés; Au besoin, counseling sur la réduction des méfaits reliés à la toxicomanie.	

☐ OFFRE DE VACCINATION

Histoire de vaccination contre le VHB ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu Si oui, nombre de doses reçues : _____ Date dernière dose : ____/____/____ (aaaa/mm/jj) <i>En l'absence d'histoire de vaccination ou en cas de vaccination incomplète, référer pour vaccination VHB</i> Référé pour vaccin VHB : ☐ Oui ☐ Non ☐ Données insuff.	Fait partie des groupes ciblés pour la vaccination VHA : ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu Histoire de vaccination contre le VHA ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu Si oui, Nombre de doses reçues : _____ Date dernière dose : ____/____/____ (aaaa/mm/jj) <i>Si indiqué, en l'absence d'histoire de vaccination ou en cas de vaccination incomplète, référer pour vaccination VHA</i> Référé pour vaccin VHA : ☐ Oui ☐ Non ☐ Données insuff
Commentaires sur vaccination si pertinent:	

☐ INTERVENTION PRÉVENTIVE AUPRÈS DES PARTENAIRES

☐ Sensibilisation à l'importance de l'intervention préventive auprès des partenaires; ☐ Offre de soutien à l'intervention préventive auprès des partenaires en respectant les principes de confidentialité, consentement, respect de la relation médecin-patient : identification des partenaires exposés, identification des barrières et facilitateurs à aviser les partenaires;	☐ Acceptée ☐ Refus ☐ Compléter section 5 OU ☐ Référence au service de soutien
--	--

☐ 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 maladie¹ :

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

② Si oui, précisez les éléments suivants :

	Date de l'insémination	Établissement de santé (CH ou clinique)	Coordonnées médecin responsable ou organisme responsable du don
#1	____/____/____ aaaa mm jj		
#2	____/____/____ aaaa mm jj		
#3	____/____/____ aaaa mm jj		

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

#1 Intervenant contacté : _____ Date : ____/____/____ (aaaa/mm/jj) Établissement : _____

#2 Intervenant contacté : _____ Date : ____/____/____ (aaaa/mm/jj) Établissement : _____

#3 Intervenant contacté : _____ Date : ____/____/____ (aaaa/mm/jj) 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 : ____/____/____ (aaaa/mm/jj) Initiales _____

Responsable contacté : _____ date : ____/____/____ (aaaa/mm/jj) Initiales _____

POUR LES CAS DE SYPHILIS SECONDAIRE OU LATENTE PRÉCOCE (< 1 an)

① Dans les 6 mois précédant le début de la maladie¹, 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 de l'organisme responsable du programme de don
____/____/____ aaaa mm jj			

Confirmer/compléter les données nécessaires auprès du centre hospitalier concerné

Intervenant contacté : _____ date ____/____/____ (aaaa/mm/jj)

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. Pour rejoindre Québec Transplant : 514- 286-1414 et faire 0 pour demander le coordonnateur de garde.

☐ Médecin responsable ☐ Québec Transplant ☐ Autre _____

Nom du responsable contacté : _____ date : ____/____/____ (aaaa/mm/jj)

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

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 maladie¹, 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 Si oui, précisez les éléments suivants
- #1. Date : ____/____/____(aaaa/mm/jj) Centre Hospitalier : _____
- #2. Date : ____/____/____(aaaa/mm/jj) Centre Hospitalier : _____
- #3. Date : ____/____/____(aaaa/mm/jj) Centre Hospitalier : _____
- #4. Date : ____/____/____(aaaa/mm/jj) Centre Hospitalier : _____
- ③ Obtenir les données nécessaires auprès du chargé de sécurité transfusionnelle du CH concerné – FORMULAIRE B² – partie 2
- #1. Chargé contacté : _____ date : ____/____/____ (aaaa/mm/jj)
- #2. Chargé contacté : _____ date : ____/____/____ (aaaa/mm/jj)
- #3. Chargé contacté : _____ date : ____/____/____ (aaaa/mm/jj)
- #4. Chargé contacté : _____ date : ____/____/____ (aaaa/mm/jj)
- ④ Joindre le FORMULAIRE B – partie 2
- ⑤ Aviser Héma-Québec (Formulaire B partie 1 et 2) par fax : 514- 864-9983 (lundi au vendredi entre 8h 30 et 16 h30) ou 514-904-2522 (Soir et fin de semaine) ou le Directeur national de santé publique si le fournisseur est autre que Héma-Québec (SCS ou autre)
- Intervenant contacté : _____ date : ____/____/____(aaaa /mm/ jj)
- ⑥ Joindre le FORMULAIRE B complété

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

² Se référer aux formulaires développés par le Secrétariat du Système du sang

Commentaires

- ⇒ Notes sur la collecte d'information
- ⇒ Notes sur l'intervention

Section 5 : Intervention préventive auprès des partenaires

5.1 Période visée pour l'intervention préventive auprès des partenaires :

Du ____/____/____ au ____/____/____

5.2 Nombre de partenaires sexuels (relations orales, vaginales, anales) identifiés au cours de la période visée ____

Pour déterminer la période visée pour l'identification des partenaires concernés :

Vérifier les points suivants au niveau de l'enquête :

- Date du prélèvement (2.1) ____/____/____
- Date de début des symptômes (2.3) ____/____/____
- Persistance de symptômes : ☐ Oui ☐ Non ☐ N'a pas eu de symptômes
- Date de la fin du traitement (2.7) ____/____/____ (pour traitement unidose d'une chlamydie ou d'une gonorrhée, ajouter 7 jours après la date de l'administration du traitement).
- Date de la dernière visite de suivi (si pertinent) ____/____/____

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, avant que le diagnostic ait été posé et jusqu'à ce qu'un traitement ait été complété; (inclure 7 jours après un traitement unidose);
- 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;
- Le patient et son ou ses partenaires devraient éviter d'avoir des relations sexuelles non protégées jusqu'à sept jours après un traitement unidose ou après avoir terminé un autre type de traitement.

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 ou les partenaires de longue date et les enfants, s'il y a lieu.

Préciser la période précédant les symptômes ou le diagnostic selon l'infection en cause

Étendre la période visée 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 .

5.3 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 suite aux déclarations d'ITS MADO
Intervention Préventive auprès des personnes atteintes d' une ITS et auprès de leurs partenaires

5.4 Caractéristiques des partenaires et type d'entente

No	Identification : prénom, nom ou surnom	Age	Sexe	Type de partenaire Conjoint, Régulier, occasionnel Connu, anonyme	Type de pratiques Orales, Vaginales, Anales Condom Jama/occ/touj	Date dernière relation sexuelle non protégée	Commentaires (circonstances)	Type d'entente	Coordonnées ¹ et langue parlée adresse, no de téléphone, maison et ou bureau.
1						____/____/____		☐ Cas-index ☐ Santé publique	
2						____/____/____		☐ Cas-index ☐ Santé publique	
3						____/____/____		☐ Cas-index ☐ Santé publique	
4						____/____/____		☐ Cas-index ☐ Santé publique	
5						____/____/____		☐ Cas-index ☐ Santé publique	
6						____/____/____		☐ Cas-index ☐ Santé publique	
7						____/____/____		☐ Cas-index ☐ Santé publique	
8						____/____/____		☐ Cas-index ☐ Santé publique	

Points à vérifier :

Présence de grossesse chez une ou des partenaires :

☐ Oui (préciser no) : _____

☐ Non

☐ Ne sait pas

Partenaire résidant à l'extérieur du Québec

☐ Oui (préciser no) : _____

☐ Non

☐ Ne sait pas

Partenaire avec partenaires multiples (ex. travailleur-euse du sexe)

☐ Oui (préciser no) : _____

☐ Non

☐ Ne sait pas

Commentaires

¹ (si doit être rejoint par un professionnel de la santé publique)

Enquête épidémiologique suite aux déclarations d'ITS MADO
Intervention Préventive auprès des personnes atteintes d' une ITS et auprès de leurs partenaires

5.5 Suivi de l'intervention préventive auprès des partenaires

No	Type d'entente	Partenaire avisé par	Counselling	Traitement	Évaluation/dépistage	Commentaires
1	☐ Cas-index ☐ Santé publique No dossier : _____	☐ Cas-index Date : __/__/__ ☐ Santé publique Date : __/__/__ ☐ Non avisé ☐ Transféré	☐ Santé publique Date : __/__/__ ☐ Établissement (CLSC-cabinet médical) _____ Date : __/__/__ ☐ Non fait ou Inconnu	☐ Traitement Établissement (CLSC-cabinet médical) _____ Date __/__/__ ☐ Non fait ou inconnu	☐ Évaluation/dépistage Établissement (CLSC-cabinet médical) _____ Date __/__/__ ☐ Non fait ou inconnu	
2	☐ Cas-index ☐ Santé publique No dossier : _____	☐ Cas-index Date : __/__/__ ☐ Santé publique Date : __/__/__ ☐ Non avisé ☐ Transféré	☐ Santé publique Date : __/__/__ ☐ Établissement (CLSC-cabinet médical) _____ Date : __/__/__ ☐ Non fait ou Inconnu	☐ Traitement Établissement (CLSC-cabinet médical) _____ Date __/__/__ ☐ Non fait ou inconnu	☐ Évaluation/dépistage Établissement (CLSC-cabinet médical) _____ Date __/__/__ ☐ Non fait ou inconnu	
3	☐ Cas-index ☐ Santé publique No dossier : _____	☐ Cas-index Date : __/__/__ ☐ Santé publique Date : __/__/__ ☐ Non avisé ☐ Transféré	☐ Santé publique Date : __/__/__ ☐ Établissement (CLSC-cabinet médical) _____ Date : __/__/__ ☐ Non fait ou inconnu	☐ Traitement Établissement (CLSC-cabinet médical) _____ Date __/__/__ ☐ Non fait ou inconnu	☐ Évaluation/dépistage Établissement (CLSC-cabinet médical) _____ Date __/__/__ ☐ Non fait ou inconnu	
4	☐ Cas-index ☐ Santé publique No dossier : _____	☐ Cas-index Date : __/__/__ ☐ Santé publique Date : __/__/__ ☐ Non avisé ☐ Transféré	☐ Santé publique Date : __/__/__ ☐ Établissement (CLSC-cabinet médical) _____ Date : __/__/__ ☐ Non fait ou inconnu	☐ Traitement Établissement (CLSC-cabinet médical) _____ Date __/__/__ ☐ Non fait ou inconnu	☐ Évaluation/dépistage Établissement (CLSC-cabinet médical) _____ Date __/__/__ ☐ Non fait ou inconnu	
5	☐ Cas-index ☐ Santé publique No dossier : _____	☐ Cas-index Date : __/__/__ ☐ Santé publique Date : __/__/__ ☐ Non avisé ☐ Transféré	☐ Santé publique Date : __/__/__ ☐ Établissement (CLSC-cabinet médical) _____ Date : __/__/__ ☐ Non fait ou Inconnu	☐ Traitement Établissement (CLSC-cabinet médical) _____ Date __/__/__ ☐ Non fait ou Inconnu	☐ Évaluation/dépistage Établissement (CLSC-cabinet médical) _____ Date __/__/__ ☐ Non fait ou Inconnu	

Enquête épidémiologique suite aux déclarations d'ITS MADO Intervention Préventive auprès des personnes atteintes d' une ITS et auprès de leurs partenaires						
No	Type d'entente	Partenaire avisé par	Counselling	Traitement	Évaluation/dépistage	Commentaires
6	☐ Cas-index ☐ Santé publique No dossier : _____	☐ Cas-index Date : __/__/__ ☐ Santé publique Date : __/__/__ ☐ Non avisé ☐ Transféré	☐ Santé publique Date : __/__/__ ☐ Établissement (CLSC-cabinet médical) _____ Date : ____/____/____ (aaaa/mm/jj) ☐ Non fait ou inconnu	☐ Traitement Établissement (CLSC-cabinet médical) _____ Date ____/____/____ (aaaa/mm/jj) ☐ Non fait ou inconnu	☐ Évaluation/dépistage Établissement (CLSC-cabinet médical) _____ Date ____/____/____ (aaaa/mm/jj) ☐ Non fait ou inconnu	
7	☐ Cas-index ☐ Santé publique No dossier : _____	☐ Cas-index Date : __/__/__ ☐ Santé publique Date : __/__/__ ☐ Non avisé ☐ Transféré	☐ Santé publique Date : __/__/__ ☐ Établissement (CLSC-cabinet médical) _____ Date : ____/____/____ (aaaa/mm/jj) ☐ Non fait ou inconnu	☐ Traitement Établissement (CLSC-cabinet médical) _____ Date ____/____/____ (aaaa/mm/jj) Non fait ou inconnu	☐ Évaluation/dépistage Établissement (CLSC-cabinet médical) _____ Date ____/____/____ (aaaa/mm/jj) ☐ Non fait ou inconnu	
8	☐ Cas-index ☐ Santé publique No dossier : _____	☐ Cas-index Date : __/__/__ ☐ Santé publique Date : __/__/__ ☐ Non avisé ☐ Transféré	☐ Santé publique Date : __/__/__ ☐ Établissement (CLSC-cabinet médical) _____ Date : ____/____/____ (aaaa/mm/jj) ☐ Non fait ou Inconnu	☐ Traitement Établissement (CLSC-cabinet médical) _____ Date ____/____/____ (aaaa/mm/jj) Non fait ou inconnu	☐ Évaluation/dépistage Établissement (CLSC-cabinet médical) _____ Date ____/____/____ (aaaa/mm/jj) ☐ Non fait ou inconnu	

Calendrier des interventions

Date (aaaa/mm/jj)	Personne rejointe	Commentaire	Initiales
____/____/____	☐ Cas index ☐ Partenaire no ____		
____/____/____	☐ Cas index ☐ Partenaire no ____		
____/____/____	☐ Cas index ☐ Partenaire no ____		
____/____/____	☐ Cas index ☐ Partenaire no ____		

Date (aaaa/mm/jj)	Personne rejointe	Commentaire	Initiales
____/____/____	☐ Cas index ☐ Partenaire no ____		
____/____/____	☐ Cas index ☐ Partenaire no ____		
____/____/____	☐ Cas index ☐ Partenaire no ____		
____/____/____	☐ Cas index ☐ Partenaire no ____		

Annexe 1

PROPOSITION D'ENTENTE AVEC LE MÉDECIN POUR UNE INTERVENTION DE SANTÉ PUBLIQUE AUPRÈS DU CAS-INDEX

Type d'entente

Procédure d'enquête

☐ Pré-entente déjà établie pour une intervention auprès du cas-index	⇒ Compléter les données cliniques (section 2 A) à partir des renseignements sur la déclaration. ⇒ Communiquer avec le cas-index pour compléter les données cliniques et les autres sections de l'enquête épidémiologique et procéder à l'intervention préventive. ⇒ <i>S'il s'agit de la première fois que le médecin est contacté par la santé publique, lui proposer d'établir une pré-entente</i> ☐ Pré-entente acceptée ⇒ Envoyer la lettre de confirmation et inscrire sur une liste des médecins avec pré-entente établie ☐ Pré-entente refusée ⇒ Informer le médecin qu'il sera contacté pour les cas où il sera identifié comme médecin traitant/ déclarant et où une enquête s'avère pertinente; dans le cas où le médecin refuse d'être contacté, l'aviser que cette décision ne dégage pas la santé publique de ses responsabilités de vigie sanitaire et qu'une enquête épidémiologique peut être réalisée auprès du cas-index si cela est jugé pertinent.																				
☐ Médecin appuie une intervention de la santé publique auprès du cas-index	⇒ Recueillir les données cliniques (section 2 A) auprès du médecin. ⇒ Communiquer avec le cas-index pour compléter les autres sections de l'enquête épidémiologique et procéder à l'intervention préventive.																				
☐ Le médecin demande de ne pas communiquer avec le cas index	⇒ Préciser la raison, demander au médecin de collaborer à l'enquête épidémiologique et s'informer de l'intervention préventive effectuée auprès du cas-index et de ses partenaires Raison ☐ Intervention d'un tiers brise relation confiance ☐ Présume refus cas index ☐ Rapporte refus cas-index ☐ Autre Collecte d'informations dans le cadre de l'enquête épidémiologique ☐ Complétée auprès du médecin ☐ Refus du médecin de collaborer à l'enquête épidémiologique <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <th style="text-align: left;">Information sur l'intervention préventive réalisée par le médecin</th> <th style="text-align: center;">Oui</th> <th style="text-align: center;">Non</th> <th style="text-align: center;">Inc</th> </tr> <tr> <td>Counselling adapté aux facteurs de risque</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td>Vaccination VHB ou VHA en fonction des indications</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td>Soutien à l'intervention préventive auprès des partenaires</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Nombre de partenaires identifiés _____ avisés _____ et traités _____</td> </tr> </table> ☐ Refus du médecin de fournir l'information sur l'intervention préventive qu'il a réalisée <i>Dans les cas d' ITS prioritaires où le médecin refuse de collaborer à l'enquête épidémiologique et de fournir l'information sur l'intervention préventive réalisée, la DRSP avisera le médecin qu'elle contactera le cas-index dans une perspective de protection de la santé publique.</i>	Information sur l'intervention préventive réalisée par le médecin	Oui	Non	Inc	Counselling adapté aux facteurs de risque	☐	☐	☐	Vaccination VHB ou VHA en fonction des indications	☐	☐	☐	Soutien à l'intervention préventive auprès des partenaires	☐	☐	☐	Nombre de partenaires identifiés _____ avisés _____ et traités _____			
Information sur l'intervention préventive réalisée par le médecin	Oui	Non	Inc																		
Counselling adapté aux facteurs de risque	☐	☐	☐																		
Vaccination VHB ou VHA en fonction des indications	☐	☐	☐																		
Soutien à l'intervention préventive auprès des partenaires	☐	☐	☐																		
Nombre de partenaires identifiés _____ avisés _____ et traités _____																					
☐ Médecin non rejoint	⇒ Dans les cas d' ITS prioritaires où le médecin n'a pu être rejoint malgré des efforts raisonnables, procéder à l'intervention auprès du cas-index.																				

Suivi de l'enquête

- ☐ Intervention à compléter auprès du cas index
☐ Intervention complétée auprès du médecin, pas d'intervention auprès du cas index
☐ Dossier fermé ☐ Médecin non rejoint, ITS non priorisée
☐ Cas index non rejoint

⇒

Lorsque le cas s'inscrit comme priorité d'intervention, la DRSP devra convenir avec le médecin du suivi des mesures préventives qui doivent être réalisées.

Annexe 2

Guide d'utilisation du formulaire d'enquête
épidémiologique d'ITS MADO

Section 1 : Déclaration et gestion

Cette section vise à consigner toutes les informations requises pour la gestion de l'enquête épidémiologique. Elle fournit aussi certaines données socio-démographiques de base sur le cas-index. Elle doit être complétée dans tous les cas où une enquête épidémiologique est entreprise à la suite d'une déclaration d'infection transmissible sexuellement. Dans une perspective de protection de la santé publique, il est recommandé de procéder à une enquête épidémiologique dans les cas suivants (voir section 2.5 du Protocole d'intervention sur les ITS MADO):

1. Infection gonococcique
2. Syphilis infectieuse (primaire, secondaire, latente précoce)
3. Syphilis sans précision au niveau de la déclaration et au moins une des conditions suivantes¹ :
 - ✓ adolescent(e)s et jeunes adultes (moins de 25 ans) ;
 - ✓ information quant à la présence ou la suspicion de lésions cutanées ;
 - ✓ information à l'effet qu'il s'agit d'une femme enceinte ;
 - ✓ femmes en âge de procréer (moins de 45 ans) ;
 - ✓ histoire d'augmentation de quatre fois ou plus du titre d'un test non tréponémique ;
 - ✓ titre de 1 :8 et plus. Un titre de test non tréponémique de 1 :8 ou plus est reconnu par plusieurs comme indicateur de probabilité plus élevée d'un stade primaire ou secondaire.
4. Syphilis latente tardive si le titre de test non tréponémique est élevé (par exemple 1 :32 ou plus);
5. Chlamydie génitale chez des personnes de 19 ans ou moins
6. Chlamydie génitale chez des personnes avec ITS à répétition
7. Chlamydie génitale **lorsque les informations disponibles** permettent de croire qu'il s'agit
 - de femmes avec histoire de plus d'une IVG
 - de femmes avec atteinte inflammatoire pelvienne
 - de femmes enceintes ou d'hommes dont la partenaire est enceinte
 - de personnes avec de multiples partenaires (noyaux de transmetteurs)

Pour la section 1, dans les cas où une compilation provinciale des données d'enquête épidémiologique est effectuée, seule les **zones grisées**, ne contenant aucune donnée nominative, peuvent être transmises.

Identifier la MADO en question (cochez en haut, à droite)

Numéros de MADO : Le numéro de MADO **régional** est utile aux fins de gestion locale des enquêtes. La précision du numéro de MADO dépersonnalisé est optionnelle et ne fait pas partie des informations à transmettre aux fins de compilation provinciale.

Date d'épisode : correspond à la date d'épisode inscrit dans MADO (date de réception de la déclaration).

Date d'ouverture du dossier : date du début des démarches d'enquête épidémiologique.

Date de fermeture de dossier : date où le dossier est complété et classé pour archivage.

Intervenant responsable de l'enquête: Nom de l'intervenant de santé publique responsable de l'enquête. Il est possible que plusieurs intervenants soient impliqués dans l'enquête. Toutefois il demeure important d'identifier une personne responsable.

Cochez le type d'établissement responsable de la réalisation de l'enquête : DRSP (inscrire le numéro de région (1 à 18) ou CLSC (inscrire le nom du CLSC).

Origine de la déclaration : Permet d'identifier la ou les sources de la déclaration. Si dans certains cas l'enquête épidémiologique peut se faire d'emblée directement auprès du cas index, le médecin déclarant/traitant sera souvent d'abord rejoint. Le numéro de licence n'est pas obligatoire mais peut permettre de distinguer des médecins ayant le même nom. Le numéro de téléphone du médecin est quant à lui habituellement nécessaire. L'item « Code labo » fait référence aux codes utilisés dans MADO.

¹ Ces critères sont adaptés de la « grid reactor » proposée par les CDC d'Atlanta dans : Centers for Disease Control and Prevention. Recommendations for Public Health Surveillance of Syphilis in the United States. Atlanta, GA : U.S. Department of Health and Human Services, March 2003. Il est toutefois clairement indiqué que ces critères doivent être adaptés à la situation épidémiologique régionale. Chaque région devra ainsi valider les critères retenus.

Données de base sur le cas index :

Pour ce qui est du **sexe**, inscrire « autre ou inconnu » si le sexe est inconnu ou impossible à déterminer. Pour la **date de naissance** les quatre derniers chiffres de l'année doivent être écrits pour discriminer entre une personne née en 1904 (100 ans ! mais c'est théoriquement possible qui sait ...) d'une personne née en 2004.

Pays de naissance. Cette variable sert à nous donner un indicateur, approximatif et imparfait, sur l'appartenance ethnique. Dans la majorité des études américaines sur l'épidémiologie des ITS, l'origine ethnique est identifiée comme un facteur de risque majeur de la présence d'une ITS. Peu ou pas de données sont disponibles sur cette question au Québec. Devant le multiculturalisme qui s'installe progressivement au Québec, particulièrement dans la région de Montréal, ce facteur doit être documenté afin d'identifier la pertinence d'une intervention préventive spécifique et d'en déterminer l'urgence et l'ampleur. Par ailleurs des données sur le nombre de cas d'ITS MADO déclarés chez les autochtones (Premières Nations, Inuit et Métis) sont requises pour élaborer, implanter et évaluer les programmes de prévention adaptés à ces clientèle. L'intervenant jugera de la pertinence de rechercher activement l'information et aura une opportunité de noter l'information si elle est disponible.

L'identification du CLSC et de la RSS de résidence du patient sont nécessaires pour évaluer la distribution des cas par région et territoire de CLSC. Les informations permettant de rejoindre le cas-index sont très importantes pour l'intervention. Il faut penser à obtenir, si possible, les coordonnées permettant de rejoindre le cas-index durant le jour (par exemple au travail). Noter aussi (au verso s'il manque d'espace) toute information pertinente sur la meilleure façon de rejoindre le cas-index.

Section 2 : Données clinique

La section 2 doit être complétée à chaque fois qu'il est pertinent de procéder à une enquête épidémiologique. Ces informations permettront de **préciser l'intervention préventive appropriée** et contribueront à fournir un counselling adapté aux besoins du cas index.

2.1 Date du prélèvement: cette information est parfois disponible sur la déclaration, mais il peut être pertinent de vérifier qu'il s'agit bien de la date du prélèvement (et non pas, par exemple, de la date où l'analyse a été effectuée). Cette vérification peut se faire auprès du médecin ou du cas index. Cette information est utile pour déterminer la période visée par l'intervention préventive auprès des partenaires.

2.2 Patient avisé de ses résultats : cette information vise à s'assurer de ne pas contacter le patient avant qu'il soit informé de ses résultats par son médecin. Il est possible d'obtenir cette information auprès du médecin ou de son représentant. Si le patient est contacté d'emblée, prévoir un délai raisonnable minimal afin de donner le temps au médecin d'avoir avisé son patient de ses résultats.

2.3 L'histoire de symptômes permet de nous donner un indicateur sur la raison de prélèvement (en l'absence de symptômes on peut supposer qu'il s'agit d'un dépistage). Elle permet aussi de nous mettre sur la piste de la présence possible de non réponse au traitement ou de complications (ex. persistance de symptômes) qui pourrait amener à une recommandation de revoir le médecin traitant. La date de début des symptômes contribue à déterminer la période visée par l'intervention préventive auprès des partenaires. Il n'est pas nécessaire de noter la date de début de chacun des symptômes : la date de début des premiers symptômes suffit à répondre aux besoins de l'intervention. Pour ce qui est de la syphilis, les symptômes seront aussi précisés dans la section 2B, spécifique à cette infection.

2.4 Site ou nature du ou des prélèvements positifs: Il s'agit ici de préciser les sites d'infection. Il ne s'agit pas d'identifier tous les sites qui ont été prélevés mais bien **TOUS les sites où le pathogène a été détecté (résultat positif)**. Par exemple, l'identification de gonorrhée rectale ou pharyngée est un indicateur indirect des pratiques sexuelles non protégées, et l'infection au niveau des organes génitaux internes est un indicateur de la présence d'une complication des ITS. De plus, l'information indique aussi l'implantation de certaines pratiques médicales et de laboratoire (ex. tests sur urine). Cette information peut être disponible au niveau de la déclaration mais sera habituellement plus fiable lorsqu'elle est validée auprès du médecin traitant ou du déclarant.

2.5 Technique utilisée pour l'analyse du prélèvement: Cette information nous permet d'une part de savoir si le profil de résistance a été testé (ex. détection des acides nucléiques ne teste pas le profil de résistance). Cette variable est ainsi un indicateur des technologies utilisées dans les laboratoires de la province de Québec. Cette information peut être obtenue auprès du déclarant ou du médecin traitant. Si le laboratoire où l'analyse a été effectuée est connu, l'information est aussi disponible à ce niveau.

2.6 Profil de résistance: cette variable est particulièrement importante lorsqu'il s'agit d'une infection gonococcique. Dans le contexte où le LSPQ assure une surveillance de la résistance des souches de gonocoques, il s'agit ici surtout de nous permettre de vérifier l'adéquacité du traitement en fonction de la sensibilité de la souche. Les sensibilités intermédiaires sont non pertinentes car elles n'impliquent habituellement pas un échec thérapeutique. Pour ce qui est des autres ITS, le profil de résistance sera le plus souvent inconnu.

2.7 Traitement prescrit (Cochez tous les antibiotiques prescrits) Cette information ne vise aucunement à l'évaluation des pratiques médicales même si elle nous fournit un indicateur général de l'application des lignes directrices de traitement des ITS (voir la dernière édition des lignes directrices canadiennes²). Cette information est plus facilement obtenue auprès du médecin traitant ou déclarant. Il est important **de cocher tous les antibiotiques** qui ont été prescrits. Dans le cas où l'antibiotique nommé ne semble pas correspondre à l'un des choix, il est pertinent de vérifier s'il s'agit d'une appellation commerciale ou générique et de vérifier dans le Compendium des Produits et Spécialités (CPS) pharmaceutiques de quel(s) antibiotique(s) il s'agit au juste. Si malgré cette vérification le ou les antibiotique(s) ne correspondent à aucun des choix, cochez l'item "Autre" et précisez de quel(s) antibiotique(s) il s'agit. L'information sur le traitement se situe dans un contexte de prévention secondaire (diminution de la période d'infectiosité et prévention des complications par un traitement efficace précoce). Par exemple, elle permet de s'assurer que le pathogène est sensible à l'antibiotique prescrit (si le profil de résistance est connu). Dans le cas d'une infection gonococcique, l'information permet aussi de vérifier que le traitement couvre une infection éventuelle concomitante à *Chlamydia Trachomatis*. L'intervenant de santé publique n'a pas à porter un jugement sur l'acte médical et il serait tout à fait inapproprié de formuler un tel jugement auprès du cas index. Dans l'éventualité où les informations recueillies soulèvent un questionnement sur l'adéquation du traitement, l'intervenant devra communiquer avec le médecin traitant pour discuter avec lui du problème soulevé et de convenir avec lui des mesures appropriées. L'information peut aussi permettre d'identifier un problème d'accès au traitement optimal, par exemple si un cas de syphilis n'a pu être traité avec la pénicilline G benzathine. L'identification d'un tel problème d'accès permet d'apporter les correctifs nécessaires.

2.8 Suivi (visite de contrôle) : Une visite de contrôle est souvent pertinente, sans que cela signifie nécessairement d'avoir un test de contrôle. Une visite de contrôle peut viser à vérifier la disparition de symptômes (s'il y en avait) ou à assurer un suivi de l'intervention auprès des partenaires. Si une visite de contrôle est prévue et/ou indiquée, l'intervenant de santé publique pourra promouvoir l'observance au suivi recommandé auprès du cas index.

Dans le cas de la syphilis, la section 2B doit être complétée. Pour toute les autres ITS, on peut passer directement à la section 3 sur les facteurs de risque.

Section 2B : Données cliniques relatives à la syphilis

Cette section de s'applique que pour les enquêtes épidémiologiques effectuées suite à une déclaration de syphilis.

Elle vise essentiellement à valider la déclaration.

La syphilis est une infection dont le diagnostic et la classification sont complexes. L'expérience nous a démontré que le diagnostic inscrit sur la déclaration est souvent non conforme aux critères des définitions nosologiques.

La syphilis se divise en trois grandes catégories très différentes dans une perspective de santé publique :

- La syphilis « infectieuse » qui est à un stade où l'infection est plus facilement transmissible et qui comprend la syphilis primaire, la syphilis secondaire et la syphilis latente mais d'acquisition récente soit au cours de la dernière année (latente précoce). Ce sont surtout ces formes de syphilis qui justifient une intervention de prévention secondaire pour limiter la propagation de l'infection.
- La syphilis plus ancienne, dite « non-infectieuse » soit acquise depuis plus d'un an, qui peut prendre diverses formes. Elle peut ainsi être asymptomatique sans atteinte précise d'un système de l'organisme (latente tardive) ou avec atteinte du système nerveux central (neurosyphilis). Elle peut aussi se présenter avec une atteinte d'autres organes cibles (système cardio-vasculaire, système locomoteur etc...). Si ces formes de syphilis ont

² En date mars 2004, l'édition de 1998 est en processus de mise à jour. Il sera pertinent de vérifier périodiquement sur le site internet de Santé Canada http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspstd-std-mts/index_f.html si la version révisée est disponible.

GUIDE FORMULAIRE D'ENQUÊTE ÉPIDÉMIOLOGIQUE SUITE AUX DÉCLARATIONS D'ITS MADO

un impact important sur les individus qui en sont atteints, leur impact de santé publique est limité car à ce stade l'infection n'est généralement pas transmissible.

- La syphilis congénitale, transmise d'une mère infectée à son nouveau-né et qui fait l'objet d'un questionnaire d'enquête épidémiologique distinct.

Cette section du questionnaire identifie les informations à consigner pour être en mesure de déterminer la classification de la syphilis en fonction des critères des définitions nosologiques.

- Symptômes et signes cliniques.
- Résultats de laboratoires. (Rappelons que la nature du spécimen est inscrite au point 2.4 de la section clinique générale)

Seuls les cas répondant aux critères des définitions nosologiques peuvent être classés comme « cas confirmés ».

Il faut souligner que le médecin clinicien peut se baser sur des critères moins stricts pour établir son diagnostic et prescrire le traitement. Le médecin peut en effet préférer avoir des critères permettant une meilleure sensibilité et un moins bonne spécificité à des fins cliniques et pour un patient individuel. Toutefois, aux fins de surveillance, une importance particulière est accordée à la spécificité de la classification.

Section 3 . Facteurs de risque ou de vulnérabilité

Cette section vise d'une part à décrire la situation épidémiologique des ITS MADO en fonction des facteurs de risque ou de vulnérabilité qui peuvent justifier une intervention préventive plus intensive incluant une intervention auprès des partenaires. L'identification des facteurs de risque contribue à mieux planifier les interventions préventives de nature populationnelle. Ces facteurs avaient été identifiés par le comité consultatif sur les ITS dans le document « *Notification aux partenaires des personnes atteintes d'une MTS : état de situation et recommandations* » diffusé en octobre 2000.

- Personnes ayant eu des ITS à répétition et les femmes qui ont eu plus d'une interruption volontaire de grossesse;
- Les femmes qui ont une atteinte inflammatoire pelvienne;
- Les femmes enceintes et les hommes dont une partenaire est enceinte;
- Les personnes faisant partie d'un « noyau de transmetteurs ». *L'expression « noyau de transmetteurs » réfère à la notion de « core group ». Il s'agit de personnes susceptibles de transmettre une infection à de nombreuses autres personnes et qui évoluent dans un réseau sexuel dense : ex. personnes avec partenaires multiples, personnes qui ont des liens avec la prostitution, personnes avec ITS à répétition.*

D'autre part, la connaissance des facteurs de risque du cas index permet de mieux **cibler le counselling préventif** qui peut lui être offert dans le cadre de l'enquête épidémiologique.

3.1 Grossesse : Attention car le fait d'avoir des relations sexuelles avec d'autres hommes n'exclue pas systématiquement la possibilité d'une partenaire enceinte car plusieurs hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes peuvent aussi avoir des relations sexuelles avec des femmes.

3.2 Interruption volontaire de grossesse : Le fait d'avoir eu plus d'une interruption volontaire de grossesse est considéré comme un facteur de vulnérabilité. Ce type d'antécédents peut être un indicateur de relations sexuelles non protégées mais peut aussi augmenter le risque de développement de complications.

3.3 Histoire compatible avec une complication : Il est évident que la réponse à cette question se base sur les informations disponibles qui seront souvent partielles. La réponse « oui » doit être appuyée sur des éléments suggestifs comme : une histoire de grossesse ectopique, une histoire d'infertilité (ex. histoire d'investigation pour infertilité, histoire d'insémination), une histoire d'atteinte inflammatoire pelvienne. Il faut réaliser que cette variable sert uniquement d'indicateur de vulnérabilité et ne prétend pas statuer sur la présence ou l'absence de complication d'une ITS.

3.4 Antécédents d'ITS : *(Histoire d'une ou de plusieurs ITS parmi les suivantes: Infection génitale à Chlamydia trachomatis, gonorrhée, syphilis, Hépatite virale, Herpès génital, Condylomes ou infection au Virus du papillome humain, Infection au VIH, trichomoniose, lymphogranulome vénérien, chancre mou, granulome inguinal).* Dans plusieurs études, un antécédent d'ITSS est un des facteurs de risque associé à la présence d'une ITS. La survenue d'ITS à répétition peut être un indicateur de faiblesses au niveau de l'intervention préventive individuelle lors du diagnostic et prise en charge d'une ITS, mais peut aussi permettre de détecter la nature des réseaux sociaux et sexuels au sein duquel la personne évolue, identifier les personnes faisant partie des "core group" ou "noyaux de transmetteurs" auprès de qui des actions spécifiques et adaptées devront être planifiées. L'histoire de vaginite ou de « champignons » ou d'infection à Candida n'est pas pertinente dans le contexte d'enquête épidémiologique suite à une déclaration d'ITS.

3.5 et 3.6 Nombre de partenaires sexuels au cours des derniers 60 jours (2 mois) et nombre de partenaires au cours de la dernière année : Deux objectifs sont ici poursuivis, soit la surveillance et l'intervention. D'une part documenter la fréquence de cas index avec partenaires sexuels multiples qui sera définie en fonction de la combinaison des réponses aux deux questions. De façon quelque peu arbitraire, on considère qu'une personne ayant eu deux partenaires ou plus dans les derniers 60 jours ou 5 partenaires ou plus au cours de la dernière année a « de multiples partenaires ». D'autre part, les informations quant au nombre de partenaires visent à identifier le nombre de partenaires sexuels devant être ciblés dans une éventuelle intervention préventive auprès des partenaires et être ainsi plus en mesure de planifier une telle démarche. Pour les partenaires des derniers deux mois, il est si la réponse est inconnue, inscrire 999. Pour le nombre de partenaires de la dernière année, les choix de réponses sont présentés en catégories.

3.7 Sexe des partenaires sexuels : cette question permettra de définir l'orientation sexuelle en la combinant avec le sexe du cas index (orientation homosexuelle, bisexuelle ou hétérosexuelle). Plusieurs éclosions récentes d'infections gonococciques et de syphilis infectieuse sont rapportées dans plusieurs pays industrialisés chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes. Certains experts estiment que la hausse de l'incidence de ces infections pourrait être attribuable à une augmentation des comportements sexuels à risque au sein de la communauté des HRSH. Des interventions ciblées et adaptées à cette clientèle devraient être

développées rapidement. La surveillance de ce phénomène est cruciale dans un programme de contrôle des ITS surtout dans un objectif d'élimination de la transmission locale de l'infection gonococcique et du maintien du taux de syphilis infectieuse sous le seuil d'élimination. Même si la surveillance des facteurs de risque ne peut à elle seule établir le portrait de l'impact de cette infection au sein de la communauté des HRSH, elle est un indicateur qui permet de suivre la tendance et appréhender l'ampleur du phénomène.

3.8 Lien avec le milieu de la prostitution au cours de la dernière année (travailleur(euse) du sexe ou client(e)).

Les travailleur(euses) du sexe et leur(s) clients constituent un sous groupe de la population au sein duquel la prévalence attendue des ITS est plus élevée que dans la population en général. Aux États-Unis, des écloisons de syphilis ont été directement reliées au milieu de la prostitution surtout chez ceux qui consommaient du "crack". Ailleurs dans le monde, des écloisons de ITS (gonorrhée, VIH, chancre mou) sont rapportées régulièrement chez les travailleur(euses) du sexe. Il est pertinent de documenter la proportion de cas d'ITS liées au milieu de la prostitution pour agir de façon spécifique et précoce en cas d'éclosion. Les personnes qui sont liées au « milieu de la prostitution » ne reconnaissent pas nécessairement ce lien. La prostitution n'est pas toujours reliée au concept classique d'une prostituée bien identifiable qui sollicite des clients et reçoit de l'argent en échange de services sexuels. C'est pourquoi les questions portent plutôt sur le fait d'avoir reçu ou donné de l'argent, des drogues ou des cadeaux en échange de relations sexuelles.

3.9 Relation sexuelle dans un sauna au cours de la dernière année : Dans quelques grandes villes des États-Unis et du Canada, on observe une augmentation de l'incidence de la gonorrhée et de la syphilis infectieuse chez les hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes. Il semble que certaines personnes fréquentent les saunas dans un but d'avoir des relations sexuelles anonymes sans nécessairement se protéger contre les ITS; ceci crée un contexte propice à la transmission des ITS. L'identification d'un milieu comme lien épidémiologique entre plusieurs cas d'ITS justifie une intervention préventive au sein de ce milieu.

3.10 et 3.11 Consommation de drogues au cours de la dernière année et utilisation de drogues par injection.

Ne pas inclure la consommation exclusive de "pot", marijuana, hashish ou alcool mais plutôt la consommation d'héroïne, de cocaïne, de mescaline, de PCP d'autres drogues dites "dures" ou d'ectasy. La consommation de stéroïdes par injection est une information pertinente. Cette question poursuit un objectif de surveillance de facteurs de risque et caractérisation du réseau social et sexuel. Elle permet d'orienter au besoin le counselling au sujet de la réduction des méfaits liés à la toxicomanie.

3.12 Contact sexuel récent avec un cas connu d'ITS. Il s'agit ici d'avoir un indicateur indirect des personnes qui sont dépistées à cause d'un contact sexuel. Ceci nous donne aussi un élément de la raison du dépistage. Cet élément peut aider à sensibiliser sur l'importance de l'intervention préventive auprès des partenaires.

3.13 Histoire d'un ou plusieurs partenaires sexuels récents avec présence de risque élevé (HARSH, usager de drogues, travailleur(euse) du sexe ou client, multiples partenaires, relations sexuelles à l'étranger). Cette information vise à compléter la surveillance des facteurs de risque, particulièrement pour les personnes qui ne rapportent elles-mêmes aucun facteur de risque. Cette information contribue à une meilleure perception du réseau social et sexuel dans lequel le cas index évoluait dans la période où elle a probablement acquis son infection. Il s'agit bien sûr d'une question à caractère exploratoire et subjectif puisque l'information fournie par le cas index est essentiellement basée sur sa propre perception des facteurs de risque d'autres personnes. C'est pourquoi, la définition du risque demeure plus globale, par exemple pour l'utilisation de drogues où, pour l'estimation du facteur de risque chez le partenaire, le type de drogue et la voie de consommation ne sont pas spécifiés.

Par ailleurs, il convient de souligner qu'indépendamment de la présence d'un facteur de vulnérabilité ou de risque accru de propagation, l'intervention préventive auprès des partenaires est recommandé dans tous les cas d'infection gonococcique et de syphilis infectieuse, de même que pour les cas de chlamydie génitale âgés de moins de 19 ans.

3.14 et 3.14A Histoire de relations sexuelles récentes avec une personne qui réside habituellement à l'extérieur du Québec :

L'objectif de ce bloc de questions est d'identifier les cas où la source de l'infection est probablement une personne de l'extérieur du Québec. Ceci a une signification particulière sur deux plans : d'une part, alerter pour une possible résistance de la souche (ex. infection gonococcique) car la résistance est plus fréquente dans certains pays, et d'autre part, nous renseigner sur l'ampleur de la transmission « non locale ». Cela nous permet aussi d'identifier la « mobilité des écloisons » au niveau des grandes villes de l'Amérique du Nord. La transmission « non locale » peut s'effectuer de plusieurs façons : une personne voyage et a des relations sexuelles avec une ou des personnes non-québécoises, une personne ne voyage pas elle-même mais a une relation sexuelle avec une personne non-québécoise qui voyage au Québec. Selon le « pattern » prédominant, différentes interventions préventives pourront être développées ou consolidées (ex. interventions auprès des voyageurs). Les questions sont donc conçues pour évaluer les deux « patterns » : l'exposition lors d'un voyage du cas index et l'exposition sur place à une personne qui réside à l'extérieur du Québec. Ces informations seront utiles dans une

démarche d'intervention préventive auprès du cas index (conseils sur la prévention en voyage) et éventuellement, lorsque c'est possible, auprès des partenaires (ex. transfert hors province).

NB Cette même variable peut aussi s'étendre avec une **Histoire de relations sexuelles récente avec une personne qui réside habituellement à l'extérieur de la région**. La pertinence de cette variable concerne surtout des régions très éloignées (ex. région 17) où l'information aide à planifier l'intervention selon qu'il s'agit d'une transmission locale, régionale ou plutôt d'une acquisition hors région.

Section 4 : Intervention préventive auprès du cas-index

L'enquête épidémiologique ne se justifie pas seulement dans une perspective de surveillance mais aussi dans une perspective de protection de la santé publique. À ce titre, l'intervention préventive réalisée par la santé publique auprès du cas index et dans certains cas auprès des partenaires fait partie intégrante de l'enquête. Cette section vise à soutenir le professionnel de santé publique dans cette démarche en lui proposant un aide-mémoire dans les diverses facettes de l'intervention préventive. Cet aide-mémoire ne remplace pas le jugement d'un professionnel de santé publique et doit donc être utilisé en fonction du besoin identifié lors de l'enquête. Pour plus de détails il est possible de consulter les documents de la série « Prévenir et enrayer ... les ITS » soit « Situation et orientation » ainsi que le « Protocole d'intervention ».

Information sur la maladie : Aide-mémoire pour soutenir le professionnel qui réalise l'enquête épidémiologique auprès du cas index. L'objectif de cette étape est de contribuer à prévenir les complications et diminuer la période d'infectiosité.

Counselling préventif auprès du cas-index. Aide-mémoire pour soutenir le professionnel dans le counselling préventif visant à contribuer à freiner la propagation de l'infection et prévenir l'acquisition d'une nouvelle ITS.

Offre de vaccination : Aide-mémoire pour faire le lien avec le programme d'immunisation du Québec et en promouvoir l'application, du moins en ce qui concerne la vaccination contre les hépatites A et B.

Intervention préventive auprès des partenaires: Amorcer une démarche d'intervention préventive auprès des partenaires en sensibilisant le cas-index à son importance. L'informer des bénéfices qu'une telle démarche aura pour lui (éviter d'être réinfecté par un partenaire non-traité), pour ses partenaires et son "réseau sexuel" (avoir accès à l'information appropriée et au counselling, au traitement précoce réduisant le risque de développement de complications et de transmission de l'infection). Se référer au *Programme québécois d'intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une infection transmissible sexuellement et auprès de leurs partenaires*. Des outils ont été développés pour soutenir les professionnels de la santé. Un service de soutien à l'intervention préventive auprès des partenaires devra être implanté dans chaque région et le cas index devra être informé du service dont il peut bénéficier. L'offre de soutien sera fonction de l'organisation des services dans la région: le soutien pourra être offert par le professionnel de santé publique qui fait l'enquête épidémiologique ou le cas sera référé à l'instance régionale identifiée pour offrir ce service (DRSP, CLSC). Si l'offre de soutien faite par le professionnel de santé publique lors de l'enquête est acceptée par le patient, la démarche d'intervention préventive auprès des partenaires se poursuit selon les modalités du programme québécois. Vous trouverez à la section 5 l'outil de cueillette de données en vue de l'intervention préventive auprès des partenaires d'une personne atteinte d'une ITS.

Comment sensibiliser le cas index à l'importance de l'intervention préventive auprès de ses partenaires ?

- Expliquer les bénéfices, pour lui-même et ses partenaires ;
- Donner au cas-index la possibilité d'exprimer ses émotions et ses inquiétudes face au fait d'avoir contracté une ITS et face à son ou ses partenaires ;
- Informer le cas-index sur les graves conséquences que peut entraîner une infection non traitée, sur le risque de réinfection et sur la possibilité qu'une infection soit transmise à une autre personne ou se complique, tout en demeurant asymptomatique.
- Insister sur l'importance que les partenaires aient l'opportunité d'être informés et de consulter un médecin (au besoin, expliquer les notions de période d'incubation, état asymptomatique, réinfection).
- L'informer qu'il est possible pour le professionnel du service de soutien de contacter lui-même un ou plusieurs partenaires, tout en ne divulguant pas son identité.
- L'aviser que s'il choisit d'aviser lui-même ses partenaires, le professionnel du service pourra l'aider dans cette démarche.
- Discuter des obstacles qui entravent l'intervention.
- *Note : Les personnes bien informées sur l'infection dont elles sont atteintes sont plus susceptibles d'avertir leurs partenaires.*

Intervention d'hémo/histo vigilance: Ce type d'intervention s'applique uniquement pour les cas de syphilis infectieuses soit syphilis primaire, secondaire ou latente précoce. Ces questions et les directives quant à l'intervention ont été définies en collaboration avec le Secrétariat du système du sang du MSSS et répondent aux exigences de la sécurité transfusionnelle. En principe, compte tenu du faible risque de transmission sanguine de la syphilis, les mesures préventives prises au niveau du dépistage sérologique, du traitement des produits sanguins et des protocoles de greffe/transplantations, sont amplement suffisantes pour prévenir la transmission d'une syphilis en lien avec l'approvisionnement en produits sanguins ou lors de greffes ou transplantation d'organes. Toutefois, par mesure de précaution supplémentaire, les questions et interventions proposées apportent un moyen de détecter, et éventuellement prévenir, la survenue exceptionnelle d'un tel événement.

Premièrement, on recherchera une histoire d'**insémination** artificielle au cours des six mois précédant le début de la maladie chez les femmes ayant eu un diagnostic de **syphilis primaire, secondaire ou latente précoce** et pour lesquelles **aucun facteur de risque** a été identifié. Si le début de l'infection est difficile à déterminer, un recul maximal de 1 an peut être appliqué. Il est de la responsabilité de la santé publique de recueillir et valider les informations pertinentes (date de l'insémination, établissement, responsable) et d'aviser les responsables du programme d'insémination du centre hospitalier ou de la clinique qui seront ensuite responsables de prendre les dispositions appropriées (retracer le donneur et éventuellement les autres receveurs).

Deuxièmement, on recherchera une histoire de **transplantation d'organe** au cours des six mois précédant le début de la maladie **chez tous les hommes et les femmes** ayant eu un diagnostic de **syphilis secondaire ou latente précoce**. Il est à noter que les personnes souffrant de syphilis primaire ne sont pas incluses à ce niveau car le mode d'acquisition de ce type d'infection implique une exposition au niveau des organes génitaux. Si le début de l'infection est difficile à déterminer, un recul maximal de 1 an peut être appliqué. Il est de la responsabilité de la santé publique de recueillir et valider les informations pertinentes (date de la transplantation, type de don, centre hospitalier, responsable) et d'aviser les responsables du programme de don. Il peut s'agir du médecin responsable, de Québec Transplant ou éventuellement d'un autre organisme qu'il faudra identifier. Le ou les responsables contactés seront ensuite responsables de prendre les dispositions appropriées (retracer le donneur et éventuellement les autres receveurs).

Troisièmement, on recherchera une histoire de **réception de sang ou produits sanguins** chez les hommes et femmes ayant eu un diagnostic de syphilis secondaire ou latente précoce et pour lesquels **aucun facteur de risque** n'a été trouvé. Il est à noter que les personnes souffrant de syphilis primaire ne sont pas incluses à ce niveau car le mode d'acquisition de ce type d'infection implique une exposition au niveau des organes génitaux. Il est de la responsabilité de la santé publique de contacter le chargé de sécurité transfusionnelle du CH désigné pour valider l'information sur l'histoire de transfusion et obtenir le ou les numéros de lot et transmettre les informations pertinentes (Formulaire B partie 2) par la suite à Héma-Québec qui prendra les mesures appropriées (retracer le ou les donneurs et éventuellement les autres receveurs). Il est recommandé de garder une copie du formulaire transmis à Héma-Québec et de noter la date et le destinataire du transfert d'information .

.

GUIDE
FORMULAIRE D'ENQUÊTE ÉPIDÉMIOLOGIQUE SUITE AUX DÉCLARATIONS D'ITS MADO

Section 5 : Intervention préventive auprès des partenaires

Cette section est complétée à toutes les fois où le cas index accepte l'offre de soutien à l'intervention préventive auprès des partenaires.

QUESTIONNAIRE D'ENQUÊTE	DÉROULEMENT DE L'ENTREVUE
SENSIBILISER À L'IMPORTANCE ET À LA PERTINENCE DE L'INTERVENTION PRÉVENTIVE AUPRÈS DES PARTENAIRES	
Cette première étape de l'intervention préventive auprès des partenaires à proprement parler a été réalisée antérieurement et se retrouve dans la section 4 du questionnaire d'enquête épidémiologique	
IDENTIFIER LES PARTENAIRES DEVANT ÊTRE REJOINTS	
5.1 PÉRIODE VISÉE : Un espace est réservé sur le formulaire d'enquête afin de noter cette information. De cette façon il sera facile de s'y référer tout au long de l'entrevue auprès du cas index. Les divers éléments pour déterminer cette période sont définis en encadré. Une fois établie, la période sera inscrite à l'espace réservé à cette fin. 5.2 NOMBRE DE PARTENAIRES IDENTIFIÉS AU COURS DE LA PÉRIODE VISÉE Une fois la période visée bien définie, une évaluation sommaire du nombre de partenaires concernés est faite. Ce nombre peut être revu à la suite de l'énumération plus exhaustive de chaque partenaire qui est établie à la section 5.4. 5.3 TYPE D'ENTENTE Il s'agit de déterminer les préférences générales du cas index. Par la suite, l'entente spécifique pour chacun des partenaires sera précisée.	A) Déterminer la période visée : il s'agit d'abord de bien délimiter la période pendant laquelle la transmission est le plus susceptible de s'être produite. Pour délimiter cette période, il faut tenir compte: ➤ de la période moyenne d'incubation (voir cahier "Situation et orientations", chapitre 3) de l'infection concernée. Pour la chlamydiae génitale et l'infection gonococcique, on se donne une marge de manœuvre de 60 jours avant le début de début des symptômes ou, s'il n'y a pas de symptômes, avant le diagnostic présumé ou la date du prélèvement. Pour la syphilis, cela dépend du stade de l'infection: de 3 mois (primaire) à 6 mois (secondaire) ou même un an (latente précoce). Dans les cas de syphilis latente tardive ou tertiaire, il peut être très difficile de retracer tous les partenaires qui auraient pu être exposés et la pertinence d'une intervention préventive auprès des partenaires doit être évaluée. De même la pertinence d'aviser des adultes qu'ils auraient pu être exposés à la syphilis au cours de la grossesse de leur mère doit être évaluée et une intervention n'est pas systématiquement recommandée. ➤ du moment où le cas index ne devrait plus être infecté suite à l'administration d'un traitement efficace. Il faut d'abord s'assurer qu'un traitement efficace a été administré (voir section 2 a) et déterminer le moment où l'infection devrait avoir été éradiquée chez le cas index, soit 7 jours après la prise d'un traitement unidose, ou à la fin d'un traitement de 7 jours ou plus. ➤ de la possibilité de persistance de l'infection ou de la réinfection du cas index: la période visée sera prolongée si les symptômes persistent ou s'il s'avère probable que la personne ait été réinfectée (relations sexuelles non protégées avec des personnes à risque).

GUIDE
FORMULAIRE D'ENQUÊTE ÉPIDÉMIOLOGIQUE SUITE AUX DÉCLARATIONS D'ITS MADO

QUESTIONNAIRE D'ENQUÊTE	DÉROULEMENT DE L'ENTREVUE
IDENTIFIER LES PARTENAIRES DEVANT ÊTRE REJOINTS (suite) 5.4 CARACTÉRISTIQUES DES PARTENAIRES ET TYPES D'ENTENTE Cette section permet de colliger les informations recueillies sur chacun des partenaires rencontrés au cours de la période visée. Identification des partenaires : à ce moment-ci de l'entrevue, il n'est pas nécessaire d'obtenir des informations nominales mais celles-ci doivent être suffisantes pour permettre de distinguer les partenaires l'un de l'autre. Age du partenaire. Peut être approximatif. Sexe du partenaire. Le type de partenaire vise à caractériser le niveau de lien entre le cas-index et ce partenaire : conjoint, partenaire régulier, occasionnelle, connu, anonyme etc... cette information peut déjà orienter la meilleure façon de rejoindre le partenaire. Peut aussi être utile pour caractériser le réseau sexuel du cas index. A la lumière de ces informations, revoir le nombre de partenaires inscrit à la section 5.2.	
	B) Dresser la liste des partenaires visés par l'intervention préventive. Dans un premier temps, des données de base sur chacun des partenaires doivent être consignées afin de pouvoir établir rapidement une liste discriminant les partenaires les uns des autres. Il peut être difficile pour une personne de faire une liste exhaustive et chronologique de ses partenaires et leurs caractéristiques. Il est préférable d'aider le patient en lui proposant des repères faciles à identifier et de procéder par l'établissement de liens et d'analogies. Il est souvent plus facile de commencer par les événements les plus récents mais il est judicieux de s'adapter au parcours de la mémoire du patient. <i>Par exemple :</i> ▪ <i>Quand avez-vous eu une relation sexuelle avec un homme ou une femme pour la dernière fois ?</i> ▪ <i>Comment s'appelle cette personne ? Vous pouvez me dire juste son prénom si vous préférez.</i> ▪ <i>Est-ce un homme ou une femme ?</i> ▪ <i>Environ quel âge ?</i> ▪ <i>Quand avez-vous eu une relation sexuelle pour la première fois avec cette personne ?</i> ▪ <i>Mise à part _____ avec quelle autre personne avez-vous eu des relations sexuelles au cours de la période visée ?</i> ▪ <i>Comment s'appelle cette personne (nom ou surnom) ?</i> Cette étape devrait être répétée autant de fois qu'il est nécessaire pour faire le tour des partenaires. Si aucun partenaire n'est retrouvé pendant la période indiquée, il faut alors reculer au plus récent partenaire. <i>Note : Dans un premier temps, il est préférable de passer en cascade l'ensemble des partenaires et les principaux éléments d'informations touchant les circonstances de rencontre. Cela a pour effet de stimuler davantage la mémoire du cas index. Par la suite, on peut compléter les informations pour chacun des partenaires, afin de déterminer les facteurs de risque reliés à chacune des situations.</i> L'énumération rapide des partenaires vient valider le nombre de partenaires sexuels concernés par l'intervention préventive. Tous les efforts possibles doivent être faits pour s'assurer de localiser toutes les personnes ayant été exposées durant la période visée, et leur offrir counselling et évaluation.

GUIDE
FORMULAIRE D'ENQUÊTE ÉPIDÉMIOLOGIQUE SUITE AUX DÉCLARATIONS D'ITS MADO

QUESTIONNAIRE D'ENQUÊTE	DÉROULEMENT DE L'ENTREVUE
DÉFINIR LES CARACTÉRISTIQUES DES PARTENAIRES ET ÉVALUER L'EXPOSITION	
5.4 CARACTÉRISTIQUES DES PARTENAIRES ET TYPES D'ENTENTE Certaines données plus spécifiques sont aussi pertinentes et permettront de mieux évaluer la nature de l'exposition du partenaire et le niveau de risque de transmission de l'infection. Le type de pratique sexuelle et l'utilisation du condom donne un indicateur sur l'exposition et le niveau de risque de transmission et orientera l'intervention préventive. La date de la dernière relation non protégée aide aussi à évaluer le risque de transmission . Dans la colonne commentaires on peut noter une information pertinente sur les circonstances de l'exposition : ex. lieu de la rencontre si pertinent (ex sauna, voyage) ou sur des circonstances particulières (party, sexe sous l'influence de drogue ou alcool), ou sur l'intervention déjà réalisée (ex. partenaire déjà avisé et traité) Un espace est réservé sous le tableau afin d'inscrire si certains contacts représentent des particularités telles que grossesse, résidence hors Québec, multiples partenaires, etc.	➤ Après avoir énuméré successivement les partenaires, une révision des caractéristiques de chacun des partenaires énumérés est revue avec le cas-index. Comme cet exercice peut s'avérer quelque peu fastidieux, il est important d'expliquer au cas-index que nous lui demandons les renseignements minimums qui nous permettent d'estimer le niveau de risque et le niveau de priorité à accorder à l'intervention préventive avec chaque partenaire. ➤ Pour chaque partenaire, évaluer l'intervention préventive déjà réalisée par le cas index. (Si des interventions spécifiques ont déjà été faites, l'inscrire dans la section commentaires). ➤ Certaines informations doivent être recherchées pour identifier certaines priorités d'intervention : grossesse chez une partenaire, jeune âge d'un partenaire, partenaire avec de multiples partenaires (réseau sexuel dense), partenaire résidant à l'extérieur du Québec. Par contre, malgré cette priorisation, on considère que tous les partenaires doivent être rejoints rapidement.
ÉTABLIR UNE ENTENTE AVEC LE CAS-INDEX POUR CHACUN DES PARTENAIRES QUI N'A PAS DÉJÀ ÉTÉ AVISÉ	
Cette information est elle aussi consignée à la section 5.4 du formulaire. L'option choisie doit être cochée pour chacun des partenaires listés.	➤ Cette étape se retrouve uniquement dans le cas où <i>l'approche négociée</i> est celle retenue, soit pour les cas considérés prioritaires pour une intervention préventive par la santé publique, ou pour certains cas ayant avantage à bénéficier d'une telle approche. Dans le cas où l'approche passive est celle retenue, il est entendu d'emblée que les partenaires doivent tous être rejoints par cas index. ➤ Dans le cadre de l'intervention préventive selon l'approche négociée, le professionnel du service de soutien offre au cas index la possibilité d'informer un ou plusieurs de ses partenaires sans divulguer son identité .

GUIDE
FORMULAIRE D'ENQUÊTE ÉPIDÉMIOLOGIQUE SUITE AUX DÉCLARATIONS D'ITS MADO

QUESTIONNAIRE D'ENQUÊTE	DÉROULEMENT DE L'ENTREVUE
ÉTABLIR UNE ENTENTE AVEC LE CAS-INDEX POUR CHACUN DES PARTENAIRES QUI N'A PAS DÉJÀ ÉTÉ AVISÉ (suite)	
	➤ Il est important d'expliquer au cas index les avantages et désavantages de chacune des façons de faire. ▪ Si le professionnel de la santé contacte le ou les partenaires, l'anonymat du cas-index peut généralement être conservée. Même si le partenaire devine le nom du cas index, le professionnel de santé publique ne confirmera aucune identification. ▪ Le partenaire peut parfois mieux réagir au fait que le cas-index fasse lui-même la démarche. Il est souvent plus facile pour le cas-index de rejoindre son ou ses partenaires, connaissant davantage son mode de vie, ses habitudes, etc. ▪ Parfois au contraire, l'annonce par un professionnel de la santé permet de désamorcer plus rapidement la réaction négative du partenaire en faisant valoir la volonté du cas index de le protéger et de prendre les moyens pour qu'il reçoive les services préventifs appropriés.
PRÉPARER L'INTERVENTION DU PROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE AUPRÈS DES PARTENAIRES POUR LESQUELS CETTE OPTION EST RETENUE	
5.4 CARACTÉRISTIQUES DES PARTENAIRES ET TYPES D'ENTENTE (suite) Identification, coordonnées et langue parlée. Pour les cas où le cas index préfère que le professionnel de santé publique contacte le partenaire il sera important de noter les coordonnées et renseignements permettant de les rejoindre. Par la suite, ces informations seront transcrites sur le formulaire d'intervention <i>Démarche auprès d'un partenaire</i>, à la première section, intitulée <i>Identification et coordonnées du partenaire</i>. C'est ce formulaire qui servira pour l'entrevue avec chacun des partenaires pour lequel une entente a été établie à l'effet que c'est le professionnel du service de soutien qui doit le rejoindre.	➤ Il est important que le professionnel du service de soutien obtienne des renseignements précis sur l'identité des partenaires qu'il doit aviser, en partie parce qu'il peut être difficile de les rejoindre et aussi parce qu'il doit être bien certain d'aviser la bonne personne. Les renseignements à recueillir seront plus ou moins exhaustifs selon les difficultés envisagées pour rejoindre chaque partenaire : ➤ Identité : nom, surnom, âge, race, sexe et situation familiale ou conjugale (si la personne ne vit pas seule, il faudra spécialement faire attention aux bris de confidentialité). ➤ Meilleurs moments pour contacter le partenaire ; ➤ Adresses et numéros de téléphone au domicile, au travail et/ou à l'école ; ➤ Il peut aussi être intéressant de recueillir de l'information sur les meilleures méthodes pour l'approcher, sur les réactions prévisibles de la part du partenaire et obtenir des indices sur la meilleure façon de réagir. ➤ Au besoin et si pertinent (entrevue en face à face ou visite par le professionnel de santé publique dans des cas exceptionnels), ▪ Description physique comprenant : la taille approximative, le poids et la constitution ; la couleur des cheveux et le style de coiffure ; si la personne porte ou non des lunettes ; cicatrices et grains de beauté visibles ; couleur de peau ; toute autre marque ou caractéristique d'identification ; ▪ Repères près du domicile comme des clôtures, des types de véhicules, des voies ferrées, des panneaux et des arbres ; Lieux fréquentés par le partenaire et heures de fréquentation.

GUIDE FORMULAIRE D'ENQUÊTE ÉPIDÉMIOLOGIQUE SUITE AUX DÉCLARATIONS D'ITS MADO

QUESTIONNAIRE D'ENQUÊTE	DÉROULEMENT DE L'ENTREVUE
PRÉPARER LE CAS INDEX À AVISER SES PARTENAIRES LORSQUE CETTE OPTION EST RETENUE	
Aucune section spécifique du formulaire n'est prévue pour cette étape de l'entrevue.	Lorsque le cas index a choisi de rejoindre lui-même un ou plusieurs de ses partenaires, il est alors important de discuter des façons de procéder à une telle démarche. L'efficacité de l'intervention repose sur les capacités de communication de la personne atteinte, de son aptitude à intervenir auprès de ses partenaires, de sa motivation et de celle du ou des partenaires. Il faut aussi être conscient du danger que le cas-index transmette une information fausse à ses partenaires. Bien conseiller ce dernier est donc essentiel pour une démarche efficace et de qualité. C'est pourquoi, il faut particulièrement bien préparer la personne à cette démarche: ➤ Vérifier la compréhension de l'information pertinente sur la maladie et préciser les éléments importants à transmettre à ses partenaires; ➤ Faire comprendre que les partenaires doivent être évalués et traités, et non pas seulement avisés; ➤ S'assurer qu'il comprend l'importance pour cette personne de consulter rapidement, malgré le fait qu'il ne présente pas de symptômes; (idéalement, 48 heures, maximum 1 semaine); ➤ Discuter avec lui de la façon dont il s'y prendra concrètement pour avertir chacun d'entre eux. Il faut aider le cas-index à anticiper cette entrevue avec le partenaire en discutant avec lui des aspects concrets. Par exemple, dans le cas où les coordonnées du partenaire sont imprécises : quels sont les moyens que vous allez utiliser pour le contacter ? ➤ Présenter les difficultés et les solutions possibles; (Par exemple, réaction de blâme →lui faire valoir qu'il fait la démarche parce qu'il se préoccupe de sa santé, etc.); ➤ Aider à prévoir les réactions du partenaire (Par exemple, en se basant sur réactions antérieures aux mauvaises nouvelles, etc.); ➤ Discuter de stratégies pour aviser le partenaire ☞ choisir un environnement confortable et sécuritaire, ☞ choisir la meilleure méthode selon la situation, en face à face, ou par téléphone, ☞ dans certains cas, suggérer la possibilité de se faire accompagner d'un ami, membre de la famille, etc. ➤ Donner de l'information sur les ressources régionales pour obtenir de l'information supplémentaire sur la maladie (info-santé, etc.); ➤ Orienter vers les services disponibles dans la région pour l'évaluation des partenaires; ➤ Lui faire parvenir la documentation requise pour lui faciliter la tâche, ainsi que des dépliants sur la maladie et sur l'intervention préventive auprès des partenaires. Fixer un délai et convenir du suivi Il faut aussi fixer les délais à l'intérieur desquels le cas-index s'engage à informer ses partenaires et convenir du suivi. Les démarches doivent être faites rapidement, idéalement dans les 48 heures. Un délai maximal d'une semaine est laissé au cas-index pour finaliser sa démarche. Une entente est établie pour que, après ce délai maximal, le professionnel contacte le cas index pour effectuer le suivi.

GUIDE
FORMULAIRE D'ENQUÊTE ÉPIDÉMIOLOGIQUE SUITE AUX DÉCLARATIONS D'ITS MADO

QUESTIONNAIRE D'ENQUÊTE	DÉROULEMENT DE L'ENTREVUE
EFFECTUER LE SUIVI AUPRÈS DU CAS-INDEX	
5.5 SUIVI DE L'INTERVENTION PRÉVENTIVE AUPRÈS DES PARTENAIRES. Cette section permet de colliger l'information disponible au sujet de l'intervention préventive effectuée pour chaque partenaire identifié dans la liste des partenaires établie au point 5.4. Type d'entente : Pour tout partenaire devant être rejoint par la santé publique, un numéro de dossier devra être inscrit dans le tableau à la colonne prévue à cet effet et correspondra au numéro de dossier du formulaire « <i>Démarche auprès du partenaire</i> ». Les données nominatives du cas index ne doivent pas être inscrites dans le dossier du partenaire. Le numéro de dossier du partenaire est le seul lien qui permet de retrouver l'intervention effectuée auprès du partenaire à partir du dossier du cas index. L'inverse n'est pas possible. Il ne devrait pas être possible de retracer le cas index à partir du dossier du partenaire. Partenaire avisé : cochez « cas-index » si celui-ci affirme l'avoir fait et inscrire la date, « santé publique » si c'est le cas (et inscrire la date) et « non avisé » si le partenaire n'a pas été avisé ni par le cas index, ni par la santé publique. Inscrive « transféré » si le contact avec le partenaire a été transféré à une autre DRSP ou une autre province, le cas échéant. Counselling : Il s'agit ici de préciser si le partenaire a bénéficié d'une intervention préventive par un professionnel de la santé et par quelle instance il a été offert. Il sera difficile de valider cette informations dans les cas où le partenaire est avisé par le cas index. Dans ce cas, lors du suivi auprès du cas index, lui demander si, à sa connaissance, son partenaire a consulté un établissement de santé en tentant de préciser le type d'établissement et la date approximative de la consultation. En absence de précisions, inscrire « non fait ou inconnu ». Traitement/ Évaluation-dépistage. Il s'agit ici de vérifier si le partenaire a reçu un traitement (épidémiologique) et s'il a eu un dépistage. Il sera souvent difficile de valider ces informations. Elles seront obtenues soit auprès du cas-index si c'est lui qui devait aviser le ou les partenaires ou auprès du partenaire s'il a été rejoint par la santé publique et qu'un suivi avait été convenu.	L'intervention préventive auprès des partenaires selon l'approche « négociée » implique la mise en place d'un mécanisme de suivi permettant de vérifier si tous les partenaires ont effectivement été informés, examinés et traités. Certaines études ont démontré que ce suivi contribuait à rejoindre un plus grand nombre de partenaires. Pour les cas où il avait été convenu que le cas index effectuait lui-même la démarche, l'information devra être obtenue en communiquant à nouveau avec le cas index, qui devrait avoir été avisé de ce suivi au moment de l'établissement de l'entente. Dans les cas où le cas index n'a pas donné suite à la démarche convenue, le professionnel du service de soutien sensibilisera à nouveau le cas index à l'importance de l'intervention préventive auprès de ses partenaires, lui proposera à nouveau l'offre d'une démarche de santé publique et, selon le cas pourra convenir d'un nouvel échéancier. En général, le cas-index donne une information juste concernant les démarches entreprises auprès des partenaires. Cependant, en cas de doute le professionnel de santé publique peut, par des questions précises, tenter de mesurer la fiabilité de ce que celui-ci rapporte avoir entrepris (par exemple : s'informer des réactions du partenaire à l'annonce, de ses intentions pour la consultation, etc.). Obtenir la date à laquelle le partenaire a été avisé permet aussi de valider quelque peu (d'une manière subjective et imparfaite) que l'intervention a bel et bien été effectuée. Aussi, à cette occasion, le professionnel du service de soutien renouvelle l'offre, et dans certains cas, peut même insister pour d'aviser un ou des partenaires, au besoin, afin de compléter l'intervention. NB. Le programme d'intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une ITS et auprès de leurs partenaires ne prévoit pas un suivi systématique auprès des partenaires rejoints; il est donc possible que les informations sur le suivi des partenaires ne soient pas disponibles.

GUIDE FORMULAIRE D'ENQUÊTE ÉPIDÉMIOLOGIQUE SUITE AUX DÉCLARATIONS D'ITS MADO

QUESTIONNAIRE D'ENQUÊTE	DÉROULEMENT DE L'ENTREVUE
CALENDRIER DES INTERVENTIONS : Cette section sert aux fins de gestion interne de l'intervention préventive auprès des partenaires. Il s'agit de noter les dates où une intervention de santé publique a été réalisée dans ce contexte, la personne rejointe, et les initiales de l'intervenant. Des commentaires peuvent aussi être inscrits.	

L'annexe « **ENTENTE AVEC LE MÉDECIN POUR UNE INTERVENTION DE SANTÉ PUBLIQUE AUPRÈS DU CAS-INDEX** » **propose** un scénario d'enquête qui tient compte à la fois du respect de la relation médecin-patient et des impératifs de santé publique.

Le respect de la relation médecin patient est une valeur qui réfère aux principes éthiques d'autonomie et de non malfaisance; cette valeur réfère aussi au principe de responsabilité. Les impératifs de santé publique réfèrent aux principes du bien commun et de solidarité sociale. L'établissement d'une pré-entente facilite le processus d'enquête au niveau de la santé publique tout en respectant la relation médecin patient car elle implique qu'un consentement a été obtenu du médecin. Une telle pré-entente permet de contacter d'emblée le cas index pour compléter l'enquête épidémiologique à moins que le médecin l'ait spécifié autrement pour un cas particulier. Un **formulaire de confirmation de pré-entente** pourrait être envoyé au médecin. (cf outils du protocole d'intervention ITS).

- Une option est proposée au médecin qui préfère ne pas établir de pré-entente s'appliquant à tous les cas : le contacter pour chaque déclaration d'ITS où il est identifié comme médecin déclarant/ traitant et où une enquête épidémiologique est planifiée. Il faut toutefois souligner qu'une telle option devient difficile à gérer et implique une mobilisation accrue de ressources. Le médecin devra être sensibilisé à cet aspect. Il est alors possible de rappeler au médecin que, même s'il consent à une pré-entente, il lui est possible de contacter la santé publique s'il désire qu'un cas particulier fasse l'objet de modalités particulières d'enquête .

Lorsque le médecin est contacté dans le cadre d'une enquête, il est pertinent de profiter systématiquement de cette opportunité pour compléter la section 2 portant sur les aspects cliniques. Celui-ci sera souvent en mesure de fournir des données plus valides sur ces aspects.

Dans les cas où l'enquête est complétée seulement auprès du cas index, la section clinique sera complétée à partir des informations disponibles sur la déclaration et des informations que le cas index est en mesure de nous fournir.

Les données sur les facteurs de risque sont souvent plus complètes lorsque le cas index est contacté. Compléter l'enquête épidémiologique auprès de ce dernier permet aussi de lui offrir un counselling adapté à ses besoins, à le sensibiliser à l'importance de l'intervention préventive auprès des partenaires et lui offrir un soutien dans cette démarche.

- **Dans les cas où le médecin demande à la santé publique de ne pas contacter le cas index**
 1. Compléter l'enquête épidémiologique avec le médecin au meilleur de ses connaissances. La section sur les facteurs de risque comporte habituellement beaucoup de données manquantes. Dans ce cas, on peut alors renouveler l'offre que la santé publique contacte le cas index.
 2. Obtenir de l'information sur l'intervention préventive réalisée : counselling, intervention auprès des partenaires. Encore là, on peut alors renouveler l'offre que la santé publique contacte le cas index.
- **Dans les cas où le médecin ne collabore pas à l'enquête épidémiologique ou à l'intervention préventive recommandée :**
 1. L'informer des dispositions de la Loi sur la santé publique (article 96 et article 100) qui permettent au directeur de santé publique de procéder à une enquête épidémiologique lorsqu'il reçoit une déclaration de MADO.
 2. Lorsqu'il s'agit des cas prioritaires à des fins de vigie sanitaire et d'intervention préventive, informer le médecin qu'en vertu de ces dispositions, le cas index pourra être contacté pour compléter le processus d'enquête épidémiologique
- Dans les cas où l'enquête est effectuée d'emblée auprès du cas index, il faut se préoccuper de permettre un **délai suffisant** pour que le médecin ait eu le temps d'aviser son patient de son résultat. Il est possible, dans certains cas, que la déclaration du laboratoire nous parvienne avant même que le médecin ait reçu les résultats.

Annexe 3

Formulaire d'enquête épidémiologique réalisée
à la suite d'une déclaration de syphilis
congénitale

Section 1 : Déclaration et gestion

Cas de syphilis congénitale

Numéro MADO dépersonnalisé : _____	Numéro de MADO régional: _____
Date d'épisode : ____/____/____ (aaaa/mm/jj)	Autre numéro de dossier pertinent _____
Intervenant responsable de l'enquête : _____	☐ DRSP__ ☐ CLSC _____
Date d'ouverture du dossier : ____/____/____ (aaaa/mm/jj)	Enquête complétée auprès : ☐ du médecin seulement
Date de fermeture du dossier : ____/____/____ (aaaa/mm/jj)	☐ du cas-index/parent seulement
	☐ des deux
	☐ d'une autre personne

ORIGINE DE LA DÉCLARATION

☐ Médecin déclarant

Nom : _____ # Licence: _____ Tél. : _____

Médecin traitant (si différent)

Nom : _____ # Licence: _____ Tél. : _____

☐ Laboratoire déclarant : préciser _____ Code de labo

--	--	--	--	--

DONNÉES DE BASE SUR LE CAS-INDEX

Sexe ☐ Masculin ☐ Féminin ☐ Inconnu Âge : _____ Date de naissance : ____/____/____
aaaa mm jj

Pays de naissance: ☐ Canada. ☐ Autre : Précisez le pays _____ Date arrivée au Canada ____/____
☐ Premières nations ☐ Inuit ☐ Métis aaaa mm

Code postal :

--	--	--	--	--	--

 CLSC de résidence : _____ RSS de résidence : _____

IDENTIFICATION DU CAS-INDEX ET DE LA MÈRE

Cas index (nom prénom) _____ Mère (nom prénom) _____

Numéro MADO de la mère (si disponible) _____

Adresse du cas index et no de téléphone: _____ (____) - ____ - _____

(coordonnées de la mère si différentes) : _____ (____) - ____ - _____

Autre numéro où rejoindre la mère si pertinent : (____) - ____ - _____

ENTENTE AVEC LE MÉDECIN POUR UNE INTERVENTION DE SANTÉ PUBLIQUE

Suite à une déclaration de syphilis congénitale :

- Contacter systématiquement le médecin traitant pour valider le cas et compléter l'enquête épidémiologique;
- Préciser le diagnostic de syphilis chez la mère, vérifier si une déclaration a été faite, compléter une enquête épidémiologique auprès de la mère si cela n'a pas déjà été fait. Retranscrire au présent dossier les informations pertinentes indiquées.
- Discuter avec le médecin des mesures préventives recommandées.

Section 2 : Données cliniques

2.1 Symptômes et signes cliniques (à titre indicatif seulement)

- | | |
|---|---|
| ☐ Aucun symptôme | ☐ Anomalies du SNC |
| ☐ Lésions muco-cutanées (rash et ou rhinite) | ☐ Anomalies hématologiques |
| ☐ Hépatosplénomégalie | ☐ Atteinte oculaire |
| ☐ Lymphadénopathie généralisée | ☐ Surdité - Kératite interstitielle - anomalies dentaires (triade de Hutchinson) |
| ☐ Ost  ochondrie | ☐ Autre _____ |
| ☐ Malformations osseuses | ☐ Inconnu |

Description du tableau clinique ou commentaires (compléter au verso si nécessaire) :

2.2 Date du prélèvement ____/____/____ (aaaa/mm/jj) chez le nouveau-né

2.3 Nature du ou des sp  cimens¹ prélevés chez le nouveau-né

- | | | | | | |
|---------------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|--|--|--|
| ☐ Sang veineux | ☐ LCR | ☐ Sang cordon | ☐ Tissu (précisez) _____ | ☐ Autre (précisez) _____ | ☐ Non spécifié ou inconnu |
|---------------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|--|--|--|

2.4 Résultats de laboratoire

Tests non tréponémiques

- | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ☐ VDRL réactif (précisez titre) _____ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| ☐ VDRL non réactif | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| ☐ TRUST réactif (précisez titre) _____ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| ☐ TRUST non réactif | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| ☐ RPR réactif (précisez titre) _____ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| ☐ RPR non réactif | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

Tests tréponémiques (sérologie ou microscopie)

- | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ☐ TP-PA réactif | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| ☐ TP-TA non réactif | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| ☐ FTA-ABS réactif | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| ☐ FTA-ABS non réactif | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| ☐ FTA-ABS-DS-IgM réactif | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| ☐ FTA-ABS-DS-IgM non réactif | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| ☐ Microscopie positive (fond noir, DFA-TP) | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| ☐ Autre (précisez) | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

Tests additionnels sur LCR

- | | |
|---|--------------------------|
| ☐ protéinorachie élevée | ☐ |
| ☐ pléocytose | ☐ |
| ☐ autre (précisez) | |

¹ L'énumération des spécimens ne vise qu'à prendre en note les informations disponibles et ne constitue aucunement une recommandation quant aux prélèvements à effectuer ni quant aux méthodes à privilégier.

2.5 Données cliniques de base chez la mère

Diagnostic de syphilis chez la mère ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu	Date du diagnostic ____/____/____ (aaaa/mm/jj)	☐ Syphilis primaire ☐ Syphilis secondaire ☐ Syphilis latente précoce ☐ Neurosyphilis ☐ Syphilis tertiaire autre ☐ Syphilis non précisée	Type de validation ☐ Confirmé ☐ Non confirmé ☐ En suspens
	Traitement de la mère		
	☐ Pénicilline G Benzathine 2,4 millions U.I. x 1 dose	Dates (aaaa/mm/jj) ____/____/____	
	☐ Pénicilline G Benzathine 2,4 millions U.I. x 3 dose	#1 ____/____/____ #2 ____/____/____ #3 ____/____/____	
	☐ Pénicilline G cristalline IV – Dose _____ Durée _____	Du ____/____/____ Au ____/____/____	
	☐ Autre traitement (précisez) _____	Du ____/____/____ Au ____/____/____	
	☐ Inconnu		

Informations sur le suivi de la mère au cours de la grossesse

- | | |
|--------------------------------------|--|
| ☐ Médecin | ☐ Nombre de visites _____ |
| ☐ Sage-femme | ☐ Date dernière visite ____/____/____ |
| ☐ Autre | ☐ Dépistage syphilis |
| ☐ Aucun suivi | ☐ Dépistage VHB |
| | ☐ Dépistage VIH |

Commentaires : _____

VALIDATION DE LA CLASSIFICATION D'UN CAS DÉCLARÉ DE SYPHILIS CONGÉNITALE

Cas confirmé : conditions requises dans les définitions nosologiques

- | | |
|---|--|
| ☐ Confirmé
☐ Non confirmé
☐ En suspens | ☐ Observation chez un nourrisson ou chez un enfant mort-né de <i>Treponema pallidum</i> dans un échantillon clinique (prélèvements du placenta, du cordon ombilical, d'exsudat nasal ou de lésions cutanées) ou dans du matériel d'autopsie par un examen microscopique sur fond noir ou à l'aide d'anticorps fluorescents (DFA-TP)

ou présence des trois conditions suivantes:
☐ Détection sérologique d'une infection à <i>Treponema pallidum</i> par des tests non tréponémiques (VDRL, RPR, TRUST) ET tréponémiques (FTA-ABS, TP-PA, EIA ou autre méthode reconnue) faite à partir de sang veineux (et non de sang du cordon ombilical)
☐ Manifestation clinique, biochimiques ou radiographiques de syphilis congénitale compatibles au niveau du système cardio-vasculaire, osseux ou cutané en l'absence d'autres causes.
☐ Absence de traitement adéquat chez la mère. |
|---|--|

2.6 Traitement du cas de syphilis congénitale

- | | |
|---|-------------------------------------|
| ☐ Pénicilline G cristalline IV . Dose _____ | Du ____/____/____ au ____/____/____ |
| ☐ Autre traitement
Précisez le type de traitement _____ | Date ____/____/____ Durée _____ |

Commentaires :

Section 3 . Facteurs de risque de la mère

Ces informations sont tirées de l'enquête épidémiologique réalisée auprès de la mère

3.4 Antécédents d'ITS (excluant vaginite à candida)

☐ oui ☐ non ☐ Inconnu

3.6 Nombre de partenaires sexuels au cours de la dernière année

☐ Aucun ☐ 1 ☐ 2 à 4 ☐ 5 à 10 ☐ > 10 ☐ Inc

3.8 Lien avec le milieu de la prostitution au cours de la dernière année (travailleur(euse) du sexe ou client(e))

☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu

3.9 Relation(s) sexuelle(s) dans un sauna (dernière année) :

☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu

3.10 Consommation de drogues illicites (dernière année)

☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu

3.11 Utilisation de drogues par injection (dernière année) :

☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu

3.12 Histoire de relation(s) sexuelle(s) récente(s)¹ avec une personne résidant habituellement à l'extérieur du Québec

☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu

3.12 A OPTIONNELLE Histoire de relation(s) sexuelle(s) récente(s)¹ avec une personne résidant habituellement à l'extérieur de la région

☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu

3.13 Contact récent¹ avec un cas connu d'ITS

☐ Oui, Type ITS : _____ ☐ Non ☐ Inconnu

3.14 Histoire d'un ou plusieurs partenaires sexuels récents¹ avec présence de risque élevé (HARSAH, usager de drogues, travailleur(euse) du sexe ou client, multiples partenaires, relations sexuelles à l'étranger)

☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu

Sommaire :

Quels sont les facteurs qui pourraient expliquer la survenue d'une syphilis congénitale :

- ☐ Absence de suivi obstétrical
- ☐ Problèmes identifiés au niveau du suivi obstétrical (Précisez)

- ☐ Immigration récente
- ☐ Autre (précisez dans commentaires)
- ☐ Échec de traitement chez la mère (précisez dans commentaires)

Commentaires

¹ Le terme « récent » correspond à la période d'incubation moyenne : trois mois pour syphilis primaire, six mois pour syphilis secondaire et 1 an pour syphilis latente précoce.

Section 4 : Intervention préventive

Intervention préventive réalisée auprès de la mère (résumé de l'enquête épidémiologique) :

	Fait	Non fait	Non pertinent	Inconnu
Information sur la maladie	☐	☐	☐	☐
Counselling préventif	☐	☐	☐	☐
Offre de vaccination contre les hépatites A et B	☐	☐	☐	☐
Intervention préventive auprès des partenaires	☐	☐	☐	☐
Intervention d'hémovigilance	☐	☐	☐	☐

Commentaires

Intervention préventive réalisée relative au cas – index

- ☐ Promotion de l'application des lignes directrices de traitement et de suivi auprès du médecin
 - ☐ Discussion verbale
 - ☐ Envoi de documents (copie de lignes directrices etc... précisez dans commentaires)
- ☐ Promotion de l'observance au traitement et au suivi auprès de la mère

Commentaires

Annexe 4

Formulaire de collecte d'information à l'occasion
de l'intervention préventive auprès d'un
partenaire

**FORMULAIRE DE COLLECTE D'INFORMATION
DE L'INTERVENTION PRÉVENTIVE AUPRÈS D'UN PARTENAIRE**

SECTION 1 : RENSEIGNEMENTS DE BASE POUR L'INTERVENTION

No de dossier : _____

Professionnel responsable de l'intervention : _____

Nom de l'établissement : _____ Région : _____

1a. Identification et coordonnées du partenaire

(Remplir cette section à partir de l'information recueillie auprès du cas index dans l'enquête épidémiologique et compléter au besoin avec le partenaire)

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Tél. résidence : _____ Tél. travail : _____ Autre no tél. _____

CLSC de résidence : _____ RSS de résidence : _____

Date de naissance : ____/____/____ (an/ms/jr) Âge : _____

Sexe : ☐ M ☐ F ☐ Inconnu

Comment le joindre? (Coordonnées, adresse postale ou autre endroit pour le rejoindre, meilleur moment pour le contacter, etc.)? _____

Résidence : ☐ seul ☐ avec parents ☐ ami/conjoint ☐ avec colocataire ☐ itinérant

Autres caractéristiques : _____

(Surnom, endroits fréquentés, taille, cheveux, tatouage, etc.)

1b. Données pertinentes concernant le cas-index

Date du diagnostic : ____/____/____ (an/ms/jr)

Diagnostic : _____

Région de résidence : _____

Autres informations pertinentes à l'intervention : _____

Section 1 : renseignements de base pour l'intervention (suite)

1C. Gestion de l'intervention

Date d'ouverture du dossier : ____/____/____ (an/ms/jr)

Date prévue pour l'entrevue (s'il y a lieu): ____/____/____ (an/ms/jr) Heure : ____

Date de l'entrevue : ____/____/____ (an/ms/jr)

Date de fermeture du dossier : ____/____/____ (an/ms/jr)

1D. Notes pour le suivi du dossier

Intervention	Date	Commentaires	Initiales

SECTION 2 : RENSEIGNEMENTS CLINIQUES SUR LE PARTENAIRE

Partenaire au courant d'un contact avec un cas d'ITS ? ☐ oui ☐ non

Type d'ITS : _____

Présence de symptômes? ☐ oui ☐ non

Si oui : Lesquels ? _____

Depuis quand ? _____

Sont-ils encore présents? ☐ oui ☐ non

Consultation médicale pour cette raison? ☐ oui ☐ non

Si oui : Quel médecin? _____

À quel endroit? _____

Date de la consultation? ____/____/____ (an/ms/jr)

Des tests de dépistage d'ITS ont-il été effectués pour l'ITS en question?

☐ oui ☐ non

Section 2 : renseignements cliniques sur le partenaire (suite)

- Un traitement a-t-il été prescrit? ☐ oui ☐ non
Si oui, nom du ou des médicaments : _____
Le ou les médicaments ont-ils été pris tel que prescrits ? ☐ oui ☐ non
- Des tests de dépistage ont-il été réalisés pour d'autres ITS? ☐ oui ☐ non
Si oui, quelles ITS ont été dépistées? _____
Résultats de ce(s) dépistage(s)? ☐ pos. ☐ nég. ☐ non disponible
- Un autre rendez-vous est-il prévu avec le médecin? ☐ oui ☐ non
Si oui, quand ? _____

SECTION 3 : IDENTIFICATION DE FACTEURS DE RISQUE ET DE VULNÉRABILITÉ

- 3.1 **Grossesse** en cours : ☐ oui ☐ non ☐ inconnu ☐ NA (homme)
- 3.2 **Si le cas-index est une femme, histoire compatible avec une complication** du système reproducteur (AIP, grossesse ectopique, infertilité, etc.) ☐ oui ☐ non ☐ inconnu ☐ NA (homme)
- 3.3 Nombre de partenaires sexuels au cours de la dernière année : ☐ aucun ☐ 2 à 4 ☐ 5 à 10 ☐ > 10
- 3.4 Sexe des partenaires sexuels (dernière année) : ☐ hommes ☐ femmes ☐ les deux ☐ inconnu
- 3.5 Utilisation de drogues par injection (dernière année) : ☐ oui ☐ non ☐ Inconnu
- 3.6 Histoire de relation(s) sexuelle(s) récente(s)¹ avec une personne résidant habituellement à l'extérieur du Québec
Si oui, précisez le lieu de résidence habituelle de ce partenaire : _____
- 3.7 Autres facteurs de risque identifiés au cours de l'entrevue : _____

Commentaires : _____

¹ Le terme « récent » correspond à la période d'incubation moyenne. Derniers 2 mois pour chlamydie et gonorrhée, trois mois pour syphilis primaire, six mois pour syphilis secondaire et 1 an pour syphilis latente précoce.

SECTION 4 : INTERVENTION RÉALISÉE

☐ INFORMATION SUR LA MALADIE

- ☐ Fournir des informations générales sur l'infection incluant
 - ☐ les symptômes;
 - ☐ les modes de transmission;
 - ☐ les risques de complications en l'absence de traitement;
 - ☐ le caractère très souvent asymptomatique de cette infection;
 - ☐ les risques de transmission à d'autres personnes.
- ☐ Nature du traitement et les effets secondaires possibles.
- ☐ Fournir des informations générales sur les autres ITS pertinentes.
- ☐ Insister sur l'importance de consulter pour être évalué et traité.
- ☐ Insister sur l'importance de l'observance au traitement et au suivi recommandé par le médecin.
- ☐ 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.
- ☐ Faire connaître le programme de gratuité des médicaments pour le traitement ITS.

☐ COUNSELLING PRÉVENTIF AUPRÈS DU PARTENAIRE

- ☐ Sensibiliser la personne aux principaux facteurs de risque identifiés et l'encourager à adopter des comportements sécuritaires
- ☐ Discuter du contexte de rencontre des partenaires (ex. anonymat, etc.)
- ☐ Aborder l'utilisation d'alcool et de drogues dans le contexte des activités sexuelles
- ☐ Identifier les principales pratiques sexuelles et les niveaux de risque qui leur sont associés et informer sur les pratiques sexuelles plus sécuritaires
 - ☐ ne pas partager d'accessoires sexuels
 - ☐ réduire le nombre de partenaires sexuels, simultanés et successifs;
 - ☐ éviter les relations sexuelles fortuites, anonymes et non protégées;
 - ☐ avoir des relations sexuelles sans pénétration, à moindre risque;
 - ☐ toujours se servir d'aiguilles propres
- ☐ Réviser et évaluer l'utilisation des méthodes barrières de prévention des ITS et encourager à utiliser ces moyens de protection :
 - ☐ utilisation systématique et constante du condom, la seule méthode barrière reconnue;
 - ☐ rappel sur le mode d'emploi du condom masculin et féminin (utilisation de lubrifiants à base d'eau, etc.
 - ☐ rappel sur les autres méthodes barrières au besoin : digues dentaires, méthodes nécessitant l'application de spermicide sur le dispositif : diaphragme cape cervicale; l'éponge contraceptive Protectaid
 - ☐ mise en garde envers le nonoxynol-9;
 - ☐ endroits où ce matériel est disponible;
 - ☐ double protection pilule-condom.
- ☐ Cerner les obstacles à la prévention et proposer des moyens pour les surmonter
Par exemple :
 - «diminue le plaisir» → inciter à l'essayer avant de conclure, ajouter goutte de lubrifiant hydrosoluble dans le bout du condom, utiliser condom plus mince, etc.
 - «enlève la spontanéité» → mettre durant les préliminaires, etc.
 - «il est trop grand ou trop petit» → il existe des condoms plus grand ou plus petits, etc
- ☐ Rappeler d'attendre que le traitement soit terminé avant d'avoir des relations sexuelles non protégées (7 jours après la prise d'une dose unique ou à la fin d'un traitement de 7 jours ou plus).

Section 4 : intervention réalisée (suite)

☐ COUNSELLING PRÉVENTIF AUPRÈS DU PARTENAIRE (suite)

- ☐ Discuter de la pertinence du dépistage des ITSS selon les risque identifiés.
- ☐ Au besoin, offrir un counselling sur la réduction des méfaits reliés à la toxicomanie. (toujours se servir d'aiguilles propres et ne jamais partager de seringues ou autre matériel d'injection, accès aux sites d'échange et récupération de seringues, etc.)

☐ DÉPISTAGE D'ITS

- ☐ Référence pour dépistage
- ☐ Précisez : _____ Résultat : ☐ positif ☐ négatif ☐ inconnu à ce jour

☐ OFFRE DE VACCINATION CONTRE L'HÉPATITE B ET/OU L'HÉPATITE A

- ☐ Vaccination VHB indiquée
 - ☐ Histoire antérieure de vaccination :
Si oui, nombre de doses reçues : ____
Date de la dernière dose : ____/____/____ (an/ms/jr)
En l'absence d'histoire de vaccination ou en cas de vaccination incomplète, référer pour vaccination VHB
- ☐ Vaccination VHA indiquée
 - ☐ Histoire antérieure de vaccination :
Si oui, nombre de doses reçues : ____
Date de la dernière dose : ____/____/____ (an/ms/jr)
En l'absence d'histoire de vaccination ou en cas de vaccination incomplète, référer pour vaccination
- ☐ Référé pour vaccination ☐ VHA ☐ VHB ☐ VHA et VHB
Précisez l'endroit : _____
- ☐ Données insuffisantes
- ☐ Vaccination administrés au service

COMMENTAIRES CONCERNANT LA VACCINATION:

Section 4 : intervention réalisée (suite)

☐ **DOCUMENTATION ÉCRITE REMISE**

- ☐ Documentation remise en main propre
- ☐ Documentation à acheminer par la poste

Adresse : _____

☐ **SUIVI ET ORIENTATION VERS UNE AUTRE RESSOURCE**

☐ Consultation prévue :

- ☐ médecin de famille _____
- ☐ médecin du CLSC _____
- ☐ autres _____

COMMENTAIRES

Professionnel ayant réalisé l'intervention : _____

Établissement : _____

Date de fermeture du dossier : ____/____/____ (an/ms/jr)

Annexe 5

Guide d'utilisation du formulaire de collecte d'information à l'occasion de l'intervention préventive auprès d'un partenaire et déroulement de l'entrevue

**GUIDE D'UTILISATION – FORMULAIRE DE COLLECTE D'INFORMATION DE
L'INTERVENTION PRÉVENTIVE AUPRÈS DU PARTENAIRE ET DÉROULEMENT DE
L'ENTREVUE**

Déroulement de l'entrevue	Formulaire de collecte d'information
OBJECTIFS DE L'ENTREVUE : ➤ Sans porter de jugement, informer le partenaire sexuel de son exposition à une ITS. ➤ Lui fournir l'information lui permettant de : - évaluer son risque; - éviter toute nouvelle exposition ; - comprendre et recourir à des pratiques sexuelles à moindre risque; - prévenir les complications de l'infection. ➤ L'orienter vers les services médicaux, de dépistage et de counselling appropriés.	OBJECTIFS DE L'OUTIL : ➤ Faciliter la cueillette d'information lors de l'entrevue avec le partenaire par le professionnel de santé publique. ➤ S'assurer d'obtenir auprès du partenaire toutes les informations nécessaires à l'intervention. ➤ Colliger l'information relative aux interventions réalisées afin de permettre de faire un monitoring de l'intervention réalisée par la santé publique.
GÉNÉRALITÉS : Cette démarche peut paraître complexe car il s'agit de recueillir, évaluer, interpréter et transmettre une grande quantité de renseignements au partenaire dans des délais limités. Développer une séquence d'entrevue permet au professionnel de garder ses points de repère et de s'assurer d'avoir couvert l'ensemble des sujets. Cependant, il faut aussi faire preuve d'une capacité d'adaptation afin de demeurer attentif aux préoccupations du patient et démontrer une ouverture à répondre à ses questions. Vous retrouverez ci-dessous un enchaînement d'entrevue visant à simplifier cette intervention.	GÉNÉRALITÉS : Ce formulaire est utilisé à chaque fois où une entente est établie entre le professionnel de la santé publique et le cas-index selon laquelle l'intervention auprès d'un ou plusieurs partenaire-s doit être réalisée par ce professionnel. Il sert de dossier-patient pour chacun des partenaires devant être contactés. Ainsi un formulaire doit être utilisé à chaque fois que le professionnel de santé publique tente de joindre un partenaire, qu'il y parvienne ou non. Cet outil sert à consigner toutes l'information recueillie lors de l'intervention auprès d'un partenaire.

Déroulement de l'entrevue	Formulaire de collecte d'information
1^{RE} ÉTAPE : S'IDENTIFIER : ➤ Se nommer ➤ Présenter l'établissement pour lequel on travaille. Cependant, il est important à ce moment-ci, de ne pas préciser le nom du service afin de ne pas permettre l'identification de la problématique pour laquelle le professionnel de la santé publique désire parler à cette personne. <i>Par exemple :</i> <i>Bonjour je voudrais parler à M/Mme _____ (prénom et nom du/de la partenaire selon le contexte). Je m'appelle (prénom et nom du professionnel). Je suis infirmière/médecin à _____ (nom de l'établissement). Je vous appelle pour discuter avec vous d'une information personnelle et confidentielle.</i>	SECTION 1 : RENSEIGNEMENTS DE BASE POUR L'INTERVENTION No de dossier : No de dossier propre à l'établissement Professionnel responsable de l'intervention : Nom du professionnel de la santé publique responsable du suivi de l'intervention. Il est possible que plusieurs professionnels soient impliqués dans l'enquête, toutefois il demeure important de désigner une personne responsable.
2^E ÉTAPE : VÉRIFIER L'IDENTITÉ DE L'INTERLOCUTEUR S'assurer qu'il s'agit de la bonne personne : ➤ vérifier l'âge, ou la date de naissance lorsqu'elle est connue; ➤ s'assurer qu'il n'y a pas 2 personnes ayant le même prénom dans la maison, etc.; ➤ vérifier si l'adresse correspond à l'information à notre disposition; ➤ etc. <i>Par exemple :</i> <i>Comme j'ai à vous transmettre des informations confidentielles, je voudrais m'assurer que vous êtes bien M/Mme. Pouvez-vous me donner (selon les renseignements que l'on a) votre date de naissance , votre adresse, etc.).</i> Selon le contexte, on vérifiera certains ou l'ensemble des éléments possibles.	1A. IDENTIFICATION ET COORDONNÉES DU PARTENAIRE : Dans l'éventualité où ce formulaire devrait être acheminé à une instance provinciale, la première partie de cette section devra demeurer cachée, étant donné qu'elle renferme de l'information nominale. Cependant, la seconde renferme des données requises devant être transmises. Cette première section du formulaire est complétée à partir des informations recueillies auprès du cas-index, lorsqu'une entente a été établie pour que le professionnel de santé la publique rejoigne un ou plusieurs partenaires. (<i>Formulaire d'enquête épidémiologique suite à la déclaration d'une ITS-MADO</i>, section 5). L'information est d'abord colligée selon les connaissances qu'a le cas-index sur le partenaire. Elle pourra par la suite être précisée lors de l'entrevue avec le partenaire.

Déroulement de l'entrevue	Formulaire de collecte d'information
La personne peut parfois trouver cette pratique agressive. Par contre, cette démarche envoie le message que le respect de la confidentialité est important. Les renseignements recueillis auprès du cas-index sur l'identité des partenaires que le professionnel de santé publique doit aviser devraient être suffisamment précis pour permettre de joindre le partenaire, de même que pour s'assurer d'aviser la bonne personne. Cette information sera plus ou moins exhaustive selon la situation et les difficultés envisagées pour joindre chaque partenaire.	
3^e ÉTAPE : GARANTIR LA CONFIDENTIALITÉ DE L'ENTRETIEN : Prendre les mesures pour que l'entretien se fasse en privé. Vérifier si la personne peut parler librement. Sinon prévoir un autre rendez-vous. Il faut alors s'entendre avec le partenaire sur le meilleur temps pour le rejoindre, et s'informer du numéro de téléphone à utiliser pour ce faire. <i>Par exemple :</i> <i>Je travaille au _____ (nom de l'établissement) en santé/sexualité. Ce que j'ai à vous dire est confidentiel. Cette conversation restera entre vous et moi.</i> <i>Est-ce que vous pouvez me parler maintenant ? Êtes-vous seul-e sur la ligne ? Y a-t-il des gens autour de vous ?</i> <i>Sinon : Quand et où puis-je vous rappeler ?</i>	Aucune section particulière du formulaire n'est prévue pour cette étape. S'il n'est pas possible pour le partenaire de parler librement, et qu'un autre rendez-vous est prévu, inscrire cette information dans la section <i>Gestion de l'intervention</i>, à l'item <i>Date et heure prévues pour l'entrevue</i>.

Déroulement de l'entrevue	Formulaire de collecte d'information
4^E ÉTAPE : PRÉCISER LE MOTIF DE L'APPEL : ➤ Informer le partenaire de son exposition à une ITS. <i>Par exemple :</i> <i>Vous avez été nommé comme contact par une personne ayant une ITS.</i> <i>ou</i> <i>J'ai de bonnes raisons de croire que vous avez été en contact avec une personne qui a une infection transmissible sexuellement, une ITS, que l'on appelle _____ (maladie du cas-index).</i> <i>Je vous appelle donc aujourd'hui pour discuter de la possibilité que vous soyez infecté-e et de la façon de s'y prendre pour que vous soyez évalué-e et traité-e par un médecin.</i> ➤ Présenter l'intervention préventive auprès des partenaires et expliquer le rôle et la responsabilité de la direction de la santé publique dans le cadre de cette intervention. ➤ Expliquer la raison d'être de l'intervention préventive : ▪ conséquences sérieuses d'une infection non traitée ; ▪ risques de ré-infection ; ▪ possibilité qu'une infection soit transmise à une autre personne ; ▪ possibilité d'évolution vers des complications, tout en demeurant asymptomatique. ➤ Expliquer les questions de confidentialité et les questions juridiques associées à la déclaration.	1B. DONNÉES PERTINENTES CONCERNANT LE CAS-INDEX Il est essentiel dans cette section d'avoir l'information sur le diagnostic du cas-index, afin que le partenaire puisse bénéficier du traitement adéquat et des conseils préventifs les plus appropriés. Par ailleurs, d'autres renseignements concernant le cas-index qui apparaissent pertinents dans le cadre de l'intervention auprès du partenaire peuvent être inscrits dans cette section. Il faut cependant porter attention à ne pas noter de l'information qui pourraient permettre au partenaire d'identifier le cas-index, s'il demande à consulter son propre dossier.

Déroulement de l'entrevue	Formulaire de collecte d'information
<i>Par exemple :</i> <i>«Au Québec, la _____ (maladie du cas-index) est une maladie qui, comme la méningite ou plusieurs autres maladies infectieuses, est nécessairement signalée au personnel de la santé publique, dont je fais partie. C'est ainsi que je reçois les déclarations des tests positifs pour la _____ (maladie du cas-index).</i> ➤ Reconnaître les réactions du partenaire face à l'information donnée et lui offrir l'opportunité de manifester ses émotions et ses inquiétudes.	
5^E ÉTAPE : GARANTIR LA CONFIDENTIALITÉ DES INFORMATIONS : ➤ Garantir la confidentialité de l'information qui sera transmise par le partenaire au cours de l'entrevue. ➤ Répondre aux questions de la personne honnêtement tout en garantissant la confidentialité des sources d'information. L'identité du cas-index ne doit pas être révélée au partenaire. Ne pas divulguer l'activité ou le moment indiqués par le cas-index. <i>Par exemple :</i> <i>Lorsque nous recevons une déclaration de _____ (nom de la maladie), je téléphone à la personne infectée pour voir avec elle quels sont les partenaires sexuels qui peuvent être infectés. Votre nom a été cité mais je ne peux pas vous dire qui a mentionné votre nom, c'est confidentiel. Je ne peux pas vous donner plus de renseignements. Vous comprendrez que je doive respecter la confidentialité avec cette personne autant qu'avec vous.»</i>	Aucune section particulière du formulaire n'est prévue pour cette étape.

Déroulement de l'entrevue	Formulaire de collecte d'information
Note : Éviter d'utiliser les pronoms tels que « il » ou « elle » en référant au cas-index. Bien que l'IPP cible les partenaires des dernières semaines, préciser que la période d'incubation est difficile à déterminer chez une personne asymptomatique, qu'elle varie et qu'elle peut s'étendre au-delà d'un an (chlamydie, gonorrhée).	
Cette section du formulaire ne correspond pas à une étape particulière du déroulement de l'entrevue mais elle permet de préciser le suivi du dossier.	1C. GESTION DE L'INTERVENTION Date d'ouverture du dossier : correspond à la date de l'entente avec le cas-index ou la date du transfert du cas en provenance d'une autre région. (lorsque le partenaire ne réside pas dans le territoire desservi par l'établissement ayant offert l'intervention préventive au cas-index). Note : S'il s'agit d'un cas transféré, soit vers une autre région ou en provenance d'une autre région, la «fiche de transfert de dossier» devra alors être classée au dossier du partenaire, avec le présent formulaire. Date prévue pour l'entrevue : permet de noter la date et l'heure auxquelles une prochaine rencontre téléphonique doit avoir lieu, dans le cas où l'entrevue est remise à plus tard. Date de l'entrevue : date à laquelle la première intervention est réalisée. Date de fermeture : correspond à la date de la dernière entrevue, ou si la personne n'a pu être jointe, la date à laquelle on considère que toutes les tentatives raisonnables ont été faites pour tenter de rejoindre ce partenaire.

Déroulement de l'entrevue	Formulaire de collecte d'information
	1D. NOTES POUR LE SUIVI DU DOSSIER : Inscrire à cet endroit toutes les données non inscrites précédemment qui apparaissent pertinentes pour le suivi du dossier : tentatives d'appels pour rejoindre le partenaire, contacts réussis, ententes pour les suivis, lettre acheminée à un partenaire n'ayant pu être joint par contact téléphonique, etc.
6E ÉTAPE : RECUEILLIR CERTAINS RENSEIGNEMENTS CLINIQUES S'informer concernant certains aspects cliniques afin de vérifier si cette personne présente des symptômes d'une ITS et aussi pour valider si elle a déjà consulté et a été dépistée et traitée pour cette infection. Si cela n'a pas déjà été fait, ce qui est souvent le cas, il faudra alors, en fin d'entrevue, s'assurer de la diriger rapidement à un médecin. Se référer au formulaire d'intervention pour les informations à recueillir. Ces renseignements permettront par la suite d'offrir à cette personne le suivi le plus adéquat en fonction de sa situation.	SECTION 2 : RENSEIGNEMENTS CLINIQUES SUR LE PARTENAIRE Cette section sert à colliger toute l'information pertinente concernant la prise en charge médicale antérieure de la personne par rapport à l'ITS concernée. Ces informations permettront par la suite d'offrir à cette personne le suivi le plus adéquat en fonction de sa situation. Si une entente est prise à ce moment-ci de l'entrevue concernant le suivi médical pour examen et traitement de l'ITS, cette information sera transcrite dans la section «<i>Suivi et référence</i>» du formulaire.
7^E ÉTAPE : DONNER DE L'INFORMATION SUR LA MALADIE Évaluer les connaissances sur l'ITS, et compléter les informations. On doit donner de l'information sur la maladie de manière à permettre au partenaire d'éviter une nouvelle infection, de lui faire prendre conscience de l'importance de la situation et ainsi l'amener à consulter pour un examen et un traitement.	Pour des besoins de simplification de l'outil, l'ensemble des interventions réalisées auprès du partenaire sont regroupées à la section 4 du formulaire d'intervention. C'est aussi le cas de l'étape de l'entrevue qui consiste à donner de l'information sur la maladie, bien que cet aspect doive être abordé à ce moment-ci de l'entrevue avec le partenaire.

Déroulement de l'entrevue	Formulaire de collecte d'information
Les aspects suivants doivent être abordés : ➤ information générale sur l'infection et sur les autres ITS (symptômes et caractère souvent asymptomatique, modes de transmission, risques de complications, etc.) ➤ information sur le traitement (effets secondaires, son importance, gratuité de la médication, etc.)	Dans la sous-section concernant l'information sur la maladie, tous les éléments devant être abordés sont détaillés. Ainsi, le formulaire d'intervention peut être utilisé comme un aide mémoire pour l'entrevue. Au fur et à mesure de l'entrevue, on peut cocher les aspects déjà abordés avec le partenaire.
8^E ÉTAPE : IDENTIFIER LES FACTEURS DE RISQUE ET DE VULNÉRABILITÉ Tout au long de l'entrevue menée auprès du partenaire, le professionnel de la santé publique recueille des renseignements qui lui permettent d'établir le portrait du client et de ses principaux facteurs de risque (nombre de partenaires, types d'activités sexuelles, contexte de rencontre des partenaires, connaissance de la maladie, utilisation des moyens de protection, utilisation des drogues, etc.). La connaissance des facteurs de risque ou de vulnérabilité permet de : ➤ Obtenir certains éléments clés afin d'offrir à cette personne les conseils préventifs les plus adaptés à la situation ; La connaissance des facteurs de risque du partenaire permet de mieux cibler le counselling et les services préventifs les plus adaptés à sa situation. (par exemple : conseils sur la réduction des méfaits pour les UDI, etc.). ➤ Obtenir un certain nombre de renseignements sur le réseau sexuel du cas-index et de ses partenaires. Connaître les partenaires du cas-index permettra de mieux détecter le milieu dans lequel le cas-index recherche ses partenaires. De cette façon indirectement on comprendra un peu mieux les risques auxquels s'expose le partenaire (et le cas-index).	SECTION 3 : IDENTIFICATION DE FACTEURS DE RISQUE ET DE VULNÉRABILITÉ Les principaux facteurs de risque ou de vulnérabilité devant être recherchés sont listés dans cette section du formulaire de collecte d'information. Il serait important de cocher toutes les options, afin de s'assurer que la question a bien été posée. A plusieurs endroits, le choix «inconnu» a été conservé. Cependant, étant donné que l'entrevue est menée directement auprès du partenaire, cette option devrait être choisie de façon exceptionnelle. Grossesse : Cet élément est important particulièrement en raison des risques que comporte certaines ITS pour le fœtus. De plus, le traitement requis pourra être différent dans cette situation. Nombre de partenaires sexuels au cours de la dernière année : de façon quelque peu arbitraire, on considère qu'une personne ayant eu deux partenaires ou plus dans les derniers 60 jours ou 5 partenaires ou plus au cours de la dernière année est une personne avec «de multiples partenaires». (définition retenue par le CC ITS). Les choix de réponse sont présentés en catégories.

Déroulement de l'entrevue	Formulaire de collecte d'information
	Utilisation de drogues par injection. Ne pas inclure la consommation exclusive de "pot", marijuana, hashish ou alcool mais plutôt la consommation d'héroïne, de cocaïne, de mescaline, de PCP d'autres drogues dites "dures" ou d'ectasy. La consommation de stéroïdes par injection est une information pertinente. Cette question permet d'orienter au besoin le counselling au sujet de la réduction des méfaits liés à la toxicomanie. (conseils concernant l'échange de matériel, sites d'échanges de seringues, etc.) Histoire de relations sexuelles récente avec une personne qui réside habituellement à l'extérieur du Québec : L'objectif de ces questions est d'identifier les cas où la source de l'infection est probablement une personne de l'extérieur du Québec. Ceci a une signification particulière sur deux plans: d'une part, alerter pour une possible résistance de la souche (ex. infection gonococcique) car la résistance est plus fréquente dans certains pays, et d'autre part, nous renseigner sur l'ampleur de la transmission "non locale". Cela nous permet aussi d'identifier la "mobilité des éclosions" au niveau des grandes villes de l'Amérique du Nord. La transmission "non locale" peut s'effectuer de plusieurs façons: une personne voyage et a des relations sexuelles avec une ou des personnes non-québécoises, une personne ne voyage pas elle-même mais a une relation sexuelle avec une personne non-québécoise qui voyage au Québec. Ces informations seront aussi utiles dans l'optique d'envisager de dépistage de certaines ITS chez ce partenaire.
	SECTION 4 : INTERVENTION RÉALISÉE Cette section vise à soutenir le professionnel dans cette démarche en lui proposant un aide-mémoire dans les diverses facettes de l'intervention préventive. Cet aide-mémoire ne remplace évidemment pas le jugement d'un professionnel de la santé publique et doit donc être utilisé en fonction du besoin identifié lors de l'intervention.

Déroulement de l'entrevue	Formulaire de collecte d'information
Cet élément de l'intervention a déjà été réalisé à la 7^e étape de l'entrevue.	INFORMATION SUR LA MALADIE : Cette section sert d'aide-mémoire pour soutenir le professionnel qui réalise l'intervention auprès d'un partenaire. L'objectif est de contribuer à prévenir les complications et diminuer la période de contagiosité.
9^E ÉTAPE : OFFRIR DES CONSEILS PRÉVENTIFS AU PARTENAIRE : L'intervention préventive auprès des partenaires procure l'occasion de proposer un counselling personnalisé en matière d'ITS à des personnes atteintes d'une ITS et à leurs partenaires. L'objectif est de fournir de l'information au partenaire lui permettant de : ➤ évaluer ses risques de contracter des ITS; ➤ éviter toute nouvelle exposition ou transmission secondaire, pour eux-mêmes et pour leurs partenaires, ➤ comprendre et recourir à des pratiques à moindre risque. Il est aussi important d'évaluer la motivation à changer ses comportements et de vérifier les obstacles à l'adoption de comportements à risque réduit de transmission des ITS. Certaines études tendent à démontrer, qu'en raison du contexte, ces personnes sont à ce moment précis, davantage réceptives aux messages de prévention. De plus, l'intervention préventive augmente la perception personnelle du risque pris par le client. Parfois l'entrevue effectuée dans le cadre de l'intervention préventive représente la seule occasion pour un professionnel de la santé de transmettre à ces personnes l'information nécessaire sur les ITS et le VIH-sida. C'est pourquoi, il est important de profiter de toutes les opportunités s'offrant dans le cadre de l'intervention préventive pour transmettre des messages de prévention aux personnes rencontrées, cas-index et partenaires.	COUNSELLING PRÉVENTIF AUPRÈS DU PARTENAIRE : Cette section sert d'aide-mémoire pour soutenir le professionnel dans le counselling préventif visant à contribuer à freiner la propagation de l'infection et prévenir l'acquisition d'une nouvelle infection. Cette section renferme les principaux éléments devant être abordés afin d'amener l'individu à adopter des pratiques à risque réduit en tenant compte des contextes de rencontre avec les partenaires. Les différents éléments devant être abordés avec le partenaire se trouvent donc listés sur le formulaire d'intervention.

Déroulement de l'entrevue	Formulaire de collecte d'information
L'éducation à la santé dans ce contexte vise à amener l'individu à adopter des pratiques à risque réduit en tenant compte des contextes de rencontre avec les partenaires. Plusieurs méthodes possibles doivent être présentées. Cette personne doit être amenée à envisager les options les plus appropriées pour elle.	
	DÉPISTAGE ITS : En fonction des éléments recueillis sur les facteurs de risque, évaluer la pertinence que d'autres ITS que celle diagnostiquée chez le cas-index soient dépistées. Selon la disponibilité de ce service, réaliser le dépistage ou diriger le partenaire à la ressource appropriée.
10^E ÉTAPE : OFFRE DE VACCINATION Vérifier l'état immunitaire de la personne, en fonction des vaccins reçus antérieurement. Selon le programme du MSSS, ces personnes ont accès à la vaccination gratuite contre l'hépatite B. Certains ont aussi droit à la vaccination contre l'hépatite A en fonction de leurs facteurs de risque ou de vulnérabilité. Faire connaître la disponibilité du vaccin contre l'hépatite B, et contre l'hépatite A, si cette personne fait aussi partie des groupes visés par cette vaccination.	OFFRE DE VACCINATION CONTRE L'HEPATITE B ET/OU L'HÉPATITE A : Cette section vise à faire le lien avec le programme d'immunisation du Québec et en promouvoir l'application, du moins en ce qui concerne la vaccination contre l'hépatite A et l'hépatite B.
11^E ÉTAPE : PRENDRE ENTENTE POUR REMETTRE DE LA DOCUMENTATION ÉCRITE Si le partenaire le désire, de la documentation écrite sur les ITS et l'intervention préventive pourra lui être transmise. Il est important de noter l'adresse à laquelle il préfère la recevoir, afin d'éviter tout bris de confidentialité.	DOCUMENTATION ÉCRITE : Cette section permet de noter l'entente prise avec le partenaire, et d'inscrire les coordonnées pour acheminer la documentation.

Déroulement de l'entrevue	Formulaire de collecte d'information
12E ÉTAPE : SUIVI ET ORIENTATION VERS UNE AUTRE RESSOURCE Le but ultime de l'intervention préventive étant de s'assurer que les partenaires soient examinés et traités en raison de leur exposition à une ITS, cette intervention d'orientation vers d'autres ressources particulièrement médicales revêt donc une importance toute particulière. Il faut donc diriger la personne à la ressource la plus appropriée, en fonction de la volonté de la personne et de la situation régionale (médecin de famille, médecin avec lequel des ententes ont été prises, ou un médecin rattaché à l'organisme qui offre le soutien à l'intervention préventive). Note : Dans certains cas, un contact pourra être fait directement par le professionnel de la santé publique afin de permettre que le rendez-vous soit disponible dans les délais requis. <i>Par exemple :</i> ➤ <i>Puisque c'est une maladie dont les symptômes ne sont pas toujours apparents, il est important de consulter un médecin pour être examiné et traité.</i> ➤ <i>Avez-vous un médecin de famille ?</i> ➤ <i>Est-ce que vous pouvez consulter votre médecin/autre médecin pour cette maladie ?</i> ➤ <i>Est-ce que vous pouvez avoir un rendez-vous dans les prochains jours ?</i> ➤ <i>Est-ce que vous aimeriez venir rencontrer le médecin du CLSC ? Est-ce que vous voudriez que je vous aide à trouver une clinique, à prendre un rendez-vous ?</i> ➤ <i>Il faut dire au médecin que vous allez consulter que vous avez été en contact avec une personne qui a la _____ (maladie du cas-index). Écrivez le nom sur un morceau de papier, c'est très important.</i>	SUIVI ET ORIENTATION VERS UNE AUTRE RESSOURCE Cette information permet de colliger l'information recueillie sur le suivi clinique du cas (évaluation et traitement). Elle est complémentaire à la section concernant les informations cliniques. C'est aussi à cet endroit que l'on notera l'information nécessaire à la relance du partenaire, lorsque cela apparaîtra nécessaire au professionnel de la santé publique.

Déroutement de l'entrevue	Formulaire de collecte d'information
13E ÉTAPE : CONCLUSION DE L'APPEL Garantir à la personne la disponibilité du service pour des besoins ultérieurs. <i>Par exemple :</i> <i>N'hésitez pas à me rappeler si vous avez des questions. Mon numéro est le _____ (donner numéro téléphone du CLSC).</i> <i>Maintenant, si j'ai à vous rappeler, est-ce que je le fais à ce numéro ou vous préférez que ce soit ailleurs ?</i>	COMMENTAIRES : Inscrire toute information complémentaire pour le suivi de ce dossier.

Annexe 6

Formulaire B – Partie 1 : Demande d'enquête à Héma-québec pour une personne infectée ayant reçu du sang (version à jour en date du 10 mars 2004, vérifier périodiquement si la version est à jour)

Formulaire B - Partie 1

Héma-Québec : Télécopieur
Lundi au vendredi entre 8 h 30 et 16 h 30 : 514-864-9983
Soir et fin de semaine : 514-904-2522

N° de Référence

Précisez :

Date : ____/____/____ (aaaa/mm/jj)

N° DE TÉLÉPHONE

N° DE TÉLÉCOPIEUR

_____ Date : ____/____/____ (aaaa/mm/jj)

NOM DE L'INTERVENANT D'HÉMA-QUÉBEC

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

Annexe 7

Formulaire B – Partie 2 : Demande de la liste des produits transfusés au centre hospitalier pour une personne infectée ayant reçu du sang (version à jour en date du 10 mars 2004, vérifier périodiquement si la version est à jour)

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

Nom du chargé de sécurité transfusionnelle : _____

Nom du centre hospitalier : _____ No de télécopieur : _____
ou
Courriel : _____

N° de Référence INFECTION EN CAUSE : _____

DATE DE DÉBUT DE LA MALADIE : ____/____/____ (aaaa/mm/jj) ☐ Inconnue

DATE DU TEST DE CONFIRMATION : ____/____/____ (aaaa/mm /jj)

POUR LES PRODUITS ADMINISTRÉS ENTRE LE :
Date : ____/____/____ (aaaa/mm/jj) ET LE Date : ____/____/____ (aaaa/mm/jj)

À remplir par le chargé de sécurité transfusionnelle du centre hospitalier et initier un RIAT s'il y a lieu.

☐ Cochez si la liste des produits administrés a déjà été acheminée à Héma-Québec

Dans ce cas inscrivez le numéro d'enquête fourni par Héma-Québec : _____ et signer à l'endroit prévu sans remplir le tableau et sans initier de RIAT et retourner à la DSP.

☐ Cochez si aucun produit n'a été administré dans votre CH et signer à l'endroit prévu sans remplir le tableau et sans initier de RIAT et retourner à la DSP.

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

Ajouter d'autres pages si nécessaire

_____ Date : ____/____/____ (aaaa/mm/jj)
Nom du chargé Centre hospitalier

Veillez remplir le formulaire et annexez la liste des produits, s'il y a lieu, et retournez dans les meilleurs délais par télécopieur à :

_____ Date : ____/____/____ (aaaa/mm/jj)
NOM DE L'INTERVENANT N° DE TÉLÉPHONE

_____ N° DE TÉLÉCOPIEUR
NOM DE L'ÉTABLISSEMENT

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 8

Lettre type de confirmation d'entente entre le médecin et la direction de la santé publique relativement à l'intervention préventive auprès du cas-index à la suite de la déclaration d'une ITS-MADO prioritaire

LOGO

**LETTRÉ TYPE DE CONFIRMATION D'ENTENTE ENTRE LE
MÉDECIN ET LA DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE
RELATIVEMENT À L'INTERVENTION PRÉVENTIVE AUPRÈS
DU CAS-INDEX À LA SUITE DE LA DÉCLARATION D'UNE
ITS-MADO PRIORITAIRE**

_____, le _____

Prénom et nom du médecin

Adresse

Ville et code postal

La présente a pour but d'officialiser l'entente prise, entre vous lors d'une conversation téléphonique tenue le _____ et le professionnel de santé publique de l'établissement désigné dans la région pour offrir l'intervention préventive.

ENTENTE PRISE ENTRE :

Le professionnel de la santé publique de _____ (indiquer l'établissement), de la région _____ (indiquer la région)
adresse : _____

ET

Le docteur _____

nom et adresse de l'établissement ou de la clinique : _____

LES DEUX PARTIES CONVIENNENT QUE :

1- À la réception à la Direction de la santé publique (DSP) d'une déclaration d'ITS-MADO prioritaire pour une intervention préventive de la santé publique, **le professionnel de la santé publique rejoindra systématiquement toutes les personnes atteintes de :**

- ☐ syphilis en phase contagieuse
- ☐ infection gonococcique
- ☐ infection génitale à *Chlamydia trachomatis*, si cette personne est âgée de 19 ans ou moins

- ☐ infection génitale à *Chlamydia trachomatis*, si cette personne a présenté des ITS à répétition, lorsque cette information est connue de la DSP
- ☐ chancre mou
- ☐ lymphogranulomatose vénérienne
- ☐ granulome inguinal

Note : la ou les ITS cochées sont celles pour lesquelles un contact pourra être fait d'emblée avec ces personnes, sans avoir préalablement joint le médecin à chaque fois.

Le professionnel de la santé publique respectera un délai de 7 jours ouvrables après la déclaration, avant de tenter de joindre la personne infectée, afin que le médecin ait eu le temps d'informer celle-ci sur son diagnostic et de l'aviser que le professionnel de la santé publique la contactera.

- 2- Étant donné que les renseignements dont le professionnel de la santé publique dispose ne permettent pas de reconnaître toutes les situations jugées prioritaires, certains de ces cas ne pourront faire l'objet d'une offre systématique de la part du service.

Ainsi, le médecin s'engage à référer à la santé publique les autres cas prioritaires, en vue d'une intervention préventive, soit :

Les cas d'infection génitale à *Chlamydia trachomatis* chez les personnes suivantes, lorsqu'elles sont âgées de 20 ans ou plus :

- une personne présentant des ITS à répétition
- une femme ayant eu plus d'une interruption volontaire de grossesse
- une femme ayant une affection inflammatoire pelvienne (AIP)
- une femme enceinte ou un homme dont la partenaire est enceinte
- une personne ayant de multiples partenaires (*la définition suivante a été retenue dans le présent programme : plus de 2 partenaires au cours des 2 derniers mois ou plus de 5 partenaires au cours de la dernière année*)
- une personne ayant des partenaires difficiles à joindre
- tout autre cas d'ITS qui mérite selon lui une attention particulière en termes d'intervention préventive auprès des partenaires.

Après discussion entre les deux parties la présente entente peut à tout moment être modifiée.

En foi de quoi les parties ont accepté et signé la présente entente.

Représentant de la santé publique

Docteur (re)

Le _____

Le _____

Annexe 9

Lettres type destinée à la personne infectée ou à son partenaire, l'invitant à communiquer avec un professionnel de la santé publique ; (première lettre et deuxième avis)

LOGO

**LETTRE TYPE AU CAS-INDEX OU À SON OU SES
PARTENAIRE-S L'INVITANT À COMMUNIQUER
AVEC UN PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ PUBLIQUE**

PREMIÈRE LETTRE AU CAS-INDEX

_____, le _____

Prénom et nom du cas-index

Adresse

Ville et code postal

Bonjour,

Nous avons reçu des informations concernant votre santé dont j'aimerais discuter avec vous.

N'ayant pu vous joindre par téléphone, je voudrais que vous communiquiez avec moi au numéro de téléphone _____ (*inscrire le numéro*), le _____ et le _____ (*jour-s de disponibilité*), entre _____ et _____ heures (*inscrire les périodes de disponibilité*). Si je ne suis pas disponible au moment de votre appel, n'hésitez pas à laisser un message dans ma boîte vocale ou à ma secrétaire, précisant à quel moment et à quel numéro de téléphone je peux vous rappeler.

J'attends votre appel.

Merci de votre attention.

Signature du professionnel de la santé publique

Nom de l'établissement

DEUXIÈME LETTRE AU CAS-INDEX

_____, le _____

Bonjour,

Je désire communiquer avec vous afin de discuter d'une information importante qui vous concerne. Récemment, des analyses de laboratoires 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 la santé publique de votre région. Les personnes ayant cette infection doivent être traitées.

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 _____ (*inscrire le numéro*) , le _____ et le _____ (*jour-s de disponibilité*), entre _____ et _____ heures (*inscrire les périodes de disponibilité*). Si je ne suis pas disponible au moment de votre appel, n'hésitez pas à laisser un message dans ma boîte vocale ou à ma secrétaire, précisant à quel moment et à quel numéro de téléphone je peux vous rappeler.

J'attends votre appel.

Merci de votre attention.

Signature du professionnel de la santé publique

Nom de l'établissement

PREMIÈRE LETTRE AU PARTENAIRE

_____, le _____

Prénom et nom du partenaire

Adresse

Ville et code postal

Bonjour,

Je désire communiquer avec vous afin de discuter d'une information personnelle importante. Nous avons reçu des informations indiquant que vous auriez été en contact avec une personne ayant une maladie contagieuse. Vous êtes peut-être infecté(e).

N'ayant pu vous joindre par téléphone, je voudrais que vous communiquiez avec moi au numéro de téléphone _____ (*inscrire le numéro*), le _____ et le _____ (*jour-s de disponibilité*), entre _____ et _____ heures (*inscrire les périodes de disponibilité*). Si je ne suis pas disponible au moment de votre appel, n'hésitez pas à laisser un message dans ma boîte vocale ou à ma secrétaire, précisant à quel moment et à quel numéro de téléphone je peux vous rappeler.

J'attends votre appel.

Merci de votre attention.

Signature du professionnel de la santé publique

Nom de l'établissement

DEUXIÈME LETTRE AU PARTENAIRE

_____, le _____

Bonjour,

Je désire communiquer avec vous afin de discuter d'une information personnelle importante. Nous avons reçu des informations indiquant que vous auriez été en contact avec une personne qui avait une maladie infectieuse. Vous êtes peut-être infecté(e).

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 _____ (*indiquer le numéro*), le _____ et le _____ (*jour-s de disponibilité*), entre _____ et _____ heures (*inscrire les périodes de disponibilité*). Si je ne suis pas disponible au moment de votre appel, n'hésitez pas à laisser un message dans ma boîte vocale ou à ma secrétaire, précisant à quel moment et à quel numéro de téléphone je peux vous appeler.

J'attends votre appel.

Merci de votre attention.

Signature du professionnel de la santé publique

Nom de l'établissement

Annexe 10

Lettres type de rétroaction destinée au clinicien à la suite d'une démarche de la santé publique auprès de l'un de ses patients : Collaboration du patient et absence de collaboration du patient

LOGO

**LETTRE TYPE DE RÉTROACTION DESTINÉE AU
CLINICIEN À LA SUITE D'UNE INTERVENTION PAR
LA SANTÉ PUBLIQUE AUPRÈS DE L'UN DE SES
PATIENTS**

COLLABORATION DU PATIENT

_____, le _____

Prénom et nom du médecin

Adresse

Ville et code postal

Objet : Nom : _____ Diagnostic : _____
DDN : _____ Sexe : _____ Votre dossier : _____
Notre dossier : _____

Bonjour docteur(e),

Voici un suivi des démarches entreprises par notre service auprès de la personne ci-haut mentionnée que vous avez évaluée récemment.

Nous avons joint votre patient(e) le _____ (*inscrire la date*). Nous avons discuté avec cette personne de certains aspects importants de son infection (modes de transmission, période d'incubation, caractère souvent asymptomatique et complications possibles) Des conseils préventifs en matière de santé sexuelle, visant à favoriser l'adoption et le maintien de pratiques sexuelles sécuritaires, par exemple par l'utilisation du condom, lui ont été donnés.

Cette personne a accepté de collaborer avec nous en ce qui concerne l'intervention préventive auprès des partenaires.

En ce qui concerne la vaccination contre les hépatites, dans le cadre du programme de vaccination gratuite du MSSS :

- ☐ Nous l'avons référée pour : ☐ OU ☐ Nous avons débuté :
- ☐ la vaccination contre l'hépatite A
 - ☐ la vaccination contre l'hépatite B
 - ☐ la vaccination combinée contre l'hépatites A et l'hépatite B
- ☐ La vaccination a été offerte à cette personne mais celle-ci l'a refusée.

Commentaires :

(situations particulières, difficultés, documentation envoyée, références données)

Nous apprécions grandement la confiance que vous manifestez à l'égard de notre équipe. N'hésitez pas à communiquer avec nous pour adresser une demande de service ou discuter davantage des modalités de nos interventions. Vous pouvez nous rejoindre entre _____ et _____ (indiquer les périodes de disponibilité), _____ (indiquer le-s jour-s de disponibilité) au _____ (inscrire le numéro de téléphone) poste _____. Vous pouvez laisser un message dans notre boîte vocale, nous retournerons rapidement votre appel.

En espérant que ces informations vous conviendront, veuillez agréer, docteur(e), mes salutations les meilleures.

Signature du professionnel de la santé publique

Établissement

LOGO

**LETTRE TYPE DE RÉTROACTION DESTINÉE AU
CLINICIEN À LA SUITE D'UNE INTERVENTION PAR
LA SANTÉ PUBLIQUE AUPRÈS DE L'UN DE SES
PATIENTS**

ABSENCE DE COLLABORATION

_____, le _____

Prénom et nom du médecin

Adresse

Ville et code postal

Objet : Nom : _____ Diagnostic : _____
DDN : _____ Sexe : _____ Votre dossier : _____
Notre dossier : _____

Bonjour docteur(e),

Voici un suivi des démarches entreprises par notre service auprès de la personne ci-haut mentionnée que vous avez évaluée récemment.

Nous avons joint votre patient(e) le _____ (*inscrire la date*). Nous avons discuté avec cette personne de certains aspects importants de son infection (modes de transmission, période d'incubation, caractère souvent asymptomatique et complications possibles)

- ☐ Des conseils préventifs en matière de santé sexuelle lui ont été donnés sur les moyens de diminuer le risque de transmettre une ITS et/ ou de la contracter de nouveau, par exemple par l'utilisation du condom.

OU

- ☐ Nous n'avons pas eu l'opportunité de lui offrir des conseils préventifs en matière de santé sexuelle, afin de favoriser l'adoption et le maintien de pratiques sexuelles sécuritaires.

Cette personne a refusé de collaborer avec nous en ce qui concernant l'intervention préventive auprès des partenaires (IPP). Nous avons insisté sur la nécessité que soient examinés et traités tous ses partenaires. Nous l'avons encouragée à informer tout partenaire qui n'aurait pas été avisé et l'avons invitée à communiquer avec vous ou avec nous, au besoin.

Il nous apparaît essentiel que les partenaires sexuels de cette personne, soient informés afin de :

- éviter que votre patient soit réinfecté par un partenaire non traité ;
- éviter l'apparition de séquelles chez ces personnes, en leur permettant d'être examinées et de pouvoir bénéficier rapidement d'un traitement adéquat ;
- interrompre la chaîne de transmission de cette infection, puisque les partenaires, souvent asymptomatiques, pourront transmettre infection sans même se douter qu'ils sont infectés.

C'est pourquoi nous comptons sur votre collaboration pour tenter à nouveau de convaincre votre patient de l'importance de l'intervention préventive auprès de ses partenaires.

En ce qui concerne la vaccination contre les hépatites, dans le cadre du programme de vaccination gratuite du MSSS :

- ☐ Nous l'avons référée pour: OU ☐ Nous avons débuté :
- ☐ la vaccination contre l'hépatite A
 - ☐ la vaccination contre l'hépatite B
 - ☐ la vaccination combinée contre l'hépatites A et l'hépatite B

- ☐ La vaccination a été offerte à cette personne mais celle-ci l'a refusée.

Nous apprécions grandement la confiance que vous manifestez à l'égard de notre équipe. N'hésitez pas à communiquer avec nous pour adresser une demande de service ou discuter davantage des modalités de nos interventions. Vous pouvez nous rejoindre entre ____ et ____ (indiquer les heures indiquer les périodes de disponibilité), ____ (indiquer le-s jou-rs de disponibilités) au ____ (inscrire le numéro de téléphone) poste _____. Vous pouvez laisser un message dans notre boîte vocale, nous retournerons rapidement votre appel.

En espérant que ces informations vous conviendront, veuillez agréer, docteur(e), mes salutations les meilleures.

Signature du professionnel de la santé publique

Établissement

Annexe 11

Lettre type pour diriger un partenaire informé de son exposition à une ITS vers un médecin

LOGO

**LETTRÉ TYPE POUR DIRIGER UN PARTENAIRE
INFORMÉ DE SON EXPOSITION À UNE ITS
À UN MÉDECIN**

_____, le _____

Prénom et nom du médecin

Adresse

Ville et code postal

Objet : Suivi de monsieur ou madame _____ (inscrire le nom)
_____, le _____ (DDN : _____) (inscrire la date)

Docteur,

Nous avons contacté cette personne dans le cadre d'une intervention de la santé publique auprès des partenaires de personnes atteintes d'un ITS. Nous vous la référons car elle a été en contact avec une personne atteinte de _____ (inscrire le nom de l'ITS).

Nous avons effectué les interventions suivantes auprès de cette personne :

- ☐ conseils préventifs en matière de santé sexuelle, visant à favoriser l'adoption et le maintien de pratiques sexuelles sécuritaires
- ☐ dépistage de l'ITS en question
- ☐ dépistage d'autres ITS : _____ (nommer)
- ☐ la vaccination contre l'hépatite A ☐ a été débutée ☐ a été recommandée
- ☐ la vaccination contre l'hépatite B ☐ a été débutée ☐ a été recommandée
- ☐ autres : _____

Précisions s'il y a lieu : _____

Nous vous la référons car les suivis suivants n'ont pas été réalisés :

- ☐ examen médical
- ☐ prescription du traitement de l'ITS.
- ☐ dépistage de l'ITS concernée
- ☐ dépistage d'autres ITS, soit : _____

- ☐ vaccination contre l'hépatite A
- ☐ vaccination contre l'hépatite B

Précisions sur les interventions qui n'ont pas été réalisées, s'il y a lieu : _____

Nous vous rappelons que dans le cas de l'infection à *Chlamydia trachomatis*, l'infection gonococcique et la syphilis infectieuse (soit la syphilis primaire, secondaire ou latente précoce), un traitement épidémiologique des partenaires est recommandé.

Le **traitement épidémiologique** consiste à administrer un traitement aux partenaires même si les résultats de leurs prélèvements ne sont pas encore disponibles ou se révèlent négatifs. Il ne s'agit donc pas de traiter sans procéder à des épreuves diagnostiques, mais plutôt de **traiter sans attendre le résultat des prélèvements**.

Le prélèvement est alors utile pour confirmer la présence d'une infection et ainsi permettre de poursuivre l'intervention préventive auprès des partenaires, ainsi que pour identifier d'autres ITS pouvant être présentes de façon concomitante.

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 nos interventions. Il est plus facile de nous rejoindre entre _____ et _____ heures (*inscrire les périodes de disponibilité*), _____ (*indiquer les jours*) au _____ (*indiquer le numéro de téléphone*). Vous pouvez laisser un message dans notre boîte vocale, nous retournerons rapidement votre appel. Par contre, pour toute situation urgente en dehors des heures ouvrables, vous pouvez contacter le médecin de garde en maladies infectieuses selon la procédure habituelle.

Commentaires :

(situations particulières, difficultés, documentation envoyée, orientation vers un professionnel de la santé, etc.)

En espérant que ces informations vous conviendront, veuillez agréer, docteur-e, mes salutations les meilleures.

Signature du professionnel de la publique

Établissement

Annexe 12

Lettre et formulaire de suivi de l'intervention
préventive réalisée par le médecin pour les cas
prioritaires

LOGO

**LETTRE ET FORMULAIRE DE SUIVI DE
L'INTERVENTION PRÉVENTIVE RÉALISÉE PAR LE
MÉDECIN POUR LES CAS PRIORITAIRES**

_____, le _____

Docteur,

À la suite de la déclaration d'une ITS prioritaire, _____ (nommer) que nous avons reçue pour votre patient, _____ (nom du patient), nous vous avons contacté le _____ (inscrire date) dernier.

Comme vous le savez sûrement déjà, les ITS sont en recrudescence au Québec et ailleurs en Amérique du Nord. Près de 40 % (et même davantage) 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, (counselling, dépistage, traitement et vaccination contre l'hépatite B), doit être réalisée auprès des personnes infectées et de leurs partenaires. Un service de soutien en matière d'intervention préventive est disponible dans notre région. Des professionnels de la santé publique offrent à la personne atteinte d'une ITS d'informer ses partenaires sexuels et/ou de la supporter dans sa démarche pour aviser ceux-ci.

Nous vous avons offert les services de ces professionnels de la santé publique. Vous nous avez signifié que vous ne souhaitiez pas l'intervention de ceux-ci pour cette personne. **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 la santé publique sollicite votre collaboration pour entreprendre cette intervention, soit :**

- Offrir les **conseils préventifs** en matière de santé sexuelle à votre patient, afin de favoriser l'adoption et le maintien de pratiques sexuelles sécuritaires, et lui offrir la **vaccination** contre l'hépatite B ou le référer pour qu'il puisse recevoir gratuitement ce vaccin.
- **Expliquer à votre patient l'importance et la nécessité** d'aviser tous ses partenaires sexuels, actuels et anciens.
- Le **supporter dans sa démarche** pour aviser ses partenaires,
 - en déterminant avec lui les partenaires devant être joints et
 - en le préparant à réaliser sa démarche, en discutant des façons de procéder.
- Assurer un **suiti de sa démarche**, afin de:
 - vérifier si tous les partenaires ont été joints et avisés et
 - discuter avec votre patient des difficultés particulières rencontrées;

- Assurer une **orientation des partenaires** pour l'évaluation (dépistage, etc.) et le traitement,
 - en les évaluant vous-même
 - ou
 - en les dirigeant vers d'autres professionnels.

Afin de vous aider dans cette intervention, nous vous remettons deux documents de soutien à l'intervention préventive, un qui vous est destiné et un second destiné à votre patient.

Votre intervention aidera à briser la chaîne de transmission de cette infection et contribuera à réduire le risque de ré-infection de votre patient et de ses partenaires sexuels.

Nous sollicitons aussi votre collaboration pour compléter le formulaire ci-joint qui nous résume 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 informations nécessaires sur l'intervention effectuée.

Étant donné le caractère prioritaire de ce cas, il est possible que nous vous contactions à nouveau d'ici environ un mois si nous n'obtenons pas réponse de votre part. Nous apprécions grandement la collaboration que vous manifestez à notre égard.

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 nos interventions. Il est plus facile de nous rejoindre entre _____ et _____ heures (*inscrire les périodes de disponibilité*), _____ (*indiquer les jours*) au _____ (*indiquer le numéro de téléphone*). Vous pouvez laisser un message dans notre boîte vocale, nous retournerons rapidement votre appel. Par contre, pour toute situation urgente en dehors des heures ouvrables, vous pouvez contacter le médecin de garde en maladies infectieuses selon la procédure habituelle.

En espérant que ces informations vous conviendront, veuillez agréer, docteur-e, mes salutations les meilleures.

Signature du professionnel de la santé publique

Établissement

**SUIVI D'UNE INTERVENTION RÉALISÉE PAR LE MÉDECIN TRAITANT
DANS LE CADRE DE L'INTERVENTION PRÉVENTIVE AUPRÈS D'UNE PERSONNE
ATTEINTE D'UNE ITS ET DE SES PARTENAIRES**

_____, le _____

Prénom et nom du professionnel de la santé publique

Établissement

Adresse

Ville et code postal

OBJET : Intervention préventive auprès d'une personne atteinte d'une ITS et auprès de ses partenaires.

Bonjour,

Monsieur ou Madame X s'est présenté (e) à notre clinique pour _____ (*nom de l'ITS*).

Tel qu'entendu, une intervention préventive auprès de cette personne en vue d'aviser ses partenaires a été entreprise avec elle. En bref, à la fin de l'intervention, la situation est la suivante :

- Nombre de partenaire(s) dénombré(s) durant la période d'infection : _____
- Partenaire(s) informé(s) de se faire examiner et traiter : _____
- Partenaire(s) qui se sont avérés impossible à rejoindre : _____
Raison(s) : _____
- Partenaire(s) ayant consulté à notre clinique :
Total : _____
Ayant eu un résultat positif : _____
- Partenaire(s) connu(s) pour avoir consulté ailleurs :
- Partenaire(s) connu(s) traité(s) : _____

Il (elle) désire que vous contactez le(les) partenaire(s) suivant(s) :

Nom : _____ Téléphone : _____

DDN : _____ Sexe : _____ Adresse : _____

Informations permettant de rejoindre plus facilement cette personne : _____

Au plaisir!

Prénom et nom du médecin

Clinique : _____

Annexe 13

Fiche de transfert de dossier d'un service à un autre ou d'une région à une autre

LOGO

**FICHE DE TRANSFERT DE DOSSIER D'UN SERVICE
À UN AUTRE OU D'UNE RÉGION À UNE AUTRE**

Date : _____

CONFIDENTIEL

Objet : Transfert de dossier en vue d'une intervention préventive auprès d'une personne atteinte d'une ITS et/ou de ses partenaires.

BUT DU TRANSFERT :

- ☐ Intervention auprès d'une personne atteinte d'une ITS et de ses partenaires, s'il y a lieu
- ☐ Intervention préventive auprès d'un ou de plusieurs partenaires

NATURE DU CAS :

- ☐ Cas prioritaire pour une intervention préventive par la santé publique
Précisez, s'il y a lieu : _____
- ☐ Cas non prioritaire mais demandant une attention particulière.
Précisez : _____

Bonjour,

Nous avons été informés :

- qu'une personne atteinte d'une ITS-MADO (_____) réside sur votre territoire.

Voici les informations disponibles :

Nom : _____ Prénom : _____

Sexe : ☐ M ☐ F ☐ Inconnu

Date de naissance : ____/____/____ (an/ms/jr) Age : _____

Adresse : _____

Tél. résidence : _____ Tél. travail : _____

Nom de la maladie : _____ Microorganisme : _____

Origine de la déclaration : _____

Nom du laboratoire : _____

Résultat de laboratoire : _____

Date du rapport : ____/____/____ (an/ms/jr) Date de réception de déclaration : ____/____/____ (an/ms/jr)

Médecin traitant : _____ Tél. _____

Déjà déclaré au système MADO? ☐ oui ☐ non

Voici les démarches entreprises : _____

Autres informations jugées pertinentes pour le suivi dans ce dossier : _____

Nom du professionnel de la santé publique : _____

Établissement _____

Téléphone : _____

RRS : _____

Date du transfert :

____/____/____ (an/ms/jr)

LOGO

Date : _____

CONFIDENTIEL

Objet : Transfert de dossier en vue d'une intervention préventive auprès d'un ou plusieurs partenaires d'une personne atteinte d'une ITS

BUT DU TRANSFERT :

- ☐ Intervention auprès d'une personne atteinte d'une ITS et de ses partenaires, s'il y a lieu
- ☐ Intervention auprès d'un ou de plusieurs partenaires.

NATURE DU CAS :

- ☐ Cas prioritaire pour une intervention préventive par la santé publique
Précisez, s'il y a lieu : _____
- ☐ Cas non prioritaire mais demandant une attention particulière.
Précisez : _____

NO DU PARTENAIRE _____

(À l'usage du professionnel qui effectue le transfert. Se référer au no du tableau 5.4 du formulaire d'enquête épidémiologique du cas index)

Bonjour,

Nous avons été informés :

- qu'un partenaire d'une personne atteinte d'une ITS-MADO (_____) réside sur votre territoire

INFORMATION SUR LE CAS-INDEX :

Date de l'entrevue avec le cas-index : ____/____/____ (an/ms/jr)

Date du rapport de laboratoire ____/____/____ (an/ms/jr)

Date du prélèvement ____/____/____ (an/ms/jr)

Résultat de laboratoire : _____

Autre information jugée pertinente : _____

RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTENAIRE

Nom : _____

Prénom : _____

Sexe : ☐ M ☐ F ☐ Inconnu

Date de naissance : ____/____/____ (an/ms/jr)

Age : _____

Adresse : _____

Tél. résidence : _____ Tél. travail : _____ Autre no tél. _____

Comment le joindre? (*Coordonnées, adresse postale ou autre endroit pour le rejoindre, meilleur moment pour le contacter, etc.*)? _____

Milieu de vie : ☐ seul ☐ avec parents ☐ ami/conjoint

☐ avec colocataire ☐ itinérant

Autres caractéristiques (*Surnom, endroits fréquentés, taille, tatouage, etc.*)

Voici les démarches entreprises : _____

Autres informations jugées pertinentes pour le suivi dans ce dossier : _____

Nom du professionnel de la santé publique : _____

Établissement _____

Téléphone : _____

RRS : _____

Date du transfert : ____/____/____ (an/ms/jr)